

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910 — N° 55

LES
MÉNINGITES SYPHILITQUES
AIGUËS ET SUBAIGUËS

—••••—
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 février 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Noel GOUJAT

Né à Tarare, le 14 octobre 1881



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1910

LES
MÉNINGITES SYPHILITQUES
AIGUES ET SUBAIGUËS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910 — N° 55

LES
MÉNINGITES SYPHILITIKES
AIGÜES ET SUBAIGÜES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 février 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Noel GOUJAT

Né à Tarare, le 14 octobre 1881



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE
M. LORTET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LÉPINE.
	TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	{ BARD.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	JABOULAY.
Clinique ophtalmologique	FABRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	ROLLET.
Clinique des maladies mentales	NICOLAS.
Clinique des maladies des enfants	PIERRET.
Clinique des maladies des femmes	WEILL.
Physique médicale	POLLOSSON (A.).
Chimie médicale et pharmaceutique	CLUZET.
Chimie organique et Toxicologie	HUGOUNENQ.
Matière médicale et Botanique	MOREL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BEAUVISAGE.
Anatomie	GUIART.
Anatomie générale et Histologie	TESTUT.
Physiologie	RENAUT.
Pathologie interne	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales	ROQUE.
Anatomie pathologique	COLLET.
Médecine opératoire	PAVIOT.
Médecine expérimentale et comparée	POLLOSSON (M.).
Médecine légale	ARLOING.
Hygiène	LACASSAGNE.
Thérapeutique	COURMONT (J.).
Pharmacologie	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	REGAUD.	J. LÉPINE.	NOGIER.
COURMONT (P.)	COMMANDEUR.	LESIEUR.	LA FARJET, ch...
CHATIN.	GAYET.	MARTIN (Et.).	BÉRIEL, ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	LAROYENNE.	BRETIN, ch...
TIXIER.	PATEL.	VORON.	THEVENOT, ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. LANNOIS, Président; M. P. COURMONT, Assesseur;

MM. J. LÉPINE et BÉRIEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

MEIS ET AMIES

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur M. LANNOIS

PROFESSEUR-ADJOINT D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDECIN DES HÔPITAUX — CHEVALIER DE LA LÉGIION D'HONNEUR

Qui m'a fait le grand honneur de
bien vouloir accepter la présidence de
ma thèse.

Au Docteur L.-M. BONNET

MÉDECIN DES HÔPITAUX

Auprès de qui nous avons terminé
nos études médicales et qui nous inspira
ce travail. Nous le remercions bien
vivement de l'aimable bienveillance
avec laquelle il nous a accueilli dans
son service. Toute notre reconnaissance
lui est acquise et si ce travail présente
quelque valeur, tout le mérite doit lui
en revenir.

A TOUS NOS MAITRES

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier la « Méningite syphilitique aiguë ». Celle-ci a une marche plus ou moins rapide ; c'est pour cela que nous avons mis « aiguë et subaiguë » dans notre titre. Mais il ne s'agit là que de nuances très secondaires. Les faits que nous étudions ici constituent bien un groupe homogène, qu'il y a lieu de séparer très nettement des manifestations méningées chroniques.

Nous partons de la clinique et non de l'anatomie pathologique. C'est-à-dire que nous prenons les observations réalisant un syndrome méningé pur et net (semblable à celui observé dans la méningite tuberculeuse et les méningites infectieuses), et nous examinons le détail des symptômes, les circonstances étiologiques, etc., et aussi, quand il y a autopsie, les lésions constatées.

Entrevue par quelques auteurs de la période s'étendant de 1850 à 1880, la méningite syphilitique aiguë commence seulement aujourd'hui à être signalée dans les ouvrages classiques. En effet, malgré les observations de Vidal de Cassis, Gros et Lancereau, Mauriac, Taylor, et la monographie de von Sommer, qui tous admettaient la réalité de ces méningites, la majorité des auteurs niait cette localisation de la syphilis ; il nous faut arriver à l'année 1900 pour voir la question revenir à l'ordre du jour. A partir de cette date, les observations se multiplient. Les

thèses de Drouet, de de Coux, Moignet étudient ces méningites, Lamy et Gaucher les décrivent d'une façon didactique.

Il nous a été donné de suivre dans le service de notre maître, le docteur Bonnet, médecin des Hôpitaux, l'évolution d'une méningite syphilitique aiguë que présenta un malade. Cette observation a été le point de départ de notre étude. Il y a eu, ces dernières années, plusieurs mémoires et thèses sur ce sujet. Mais il nous a semblé que ces travaux n'avaient pas établi un tableau complet et définitif de cette question. Car, d'une part, nous y avons relevé des lacunes importantes et, de l'autre, les auteurs font entrer dans leur matériel d'étude des observations douteuses et même des cas qui ne sont sûrement pas des méningites aiguës.

Nous avons donc rassemblé toutes les observations que nous avons trouvées (et plusieurs avaient échappé à nos prédécesseurs); puis nous les avons examinées avec soin, et nous avons mis à part celles qui réunissent toutes les garanties désirables (syphilis certaine, tableau clinique net, etc.); ce sont celles qui nous ont servi de base, les autres, discutables pour une raison ou pour une autre, n'étant citées, pour ainsi dire, qu'à titre complémentaire.

Nous appuyant sur toutes ces données, nous avons cru le moment venu de réunir toutes ces observations et de faire une étude d'ensemble de la question, en nous basant exclusivement sur des faits précis et indiscutables. Nous nous sommes souvenu, en effet, en entreprenant ce travail des paroles du professeur Lépine : « Tous devraient s'efforcer de voir ce qui est et rien que ce qui est, comme un peintre sincère regardant son modèle et bien décidé

à ne mettre dans son œuvre que la moindre part de subjectivité. » (Leçon sur la méthode en clinique.) C'est dire que nous laisserons la parole aux faits, sans vouloir émettre des théories et des pathogénies creuses, et surtout apporter des conclusions hors de proportion avec les faits cités.

En un chapitre d'historique, nous classerons, suivant l'ordre chronologique, les observations et les travaux se rapportant à notre sujet. Chaque observation sera rapidement analysée et critiquée.

Pour établir notre chapitre d'étiologie, nous ne nous inspirerons que des faits trouvés dans nos observations probantes, laissant de côté toute hypothèse.

L'étude clinique, l'évolution et le pronostic de ces méningites aiguës syphilitiques formeront trois chapitres distincts.

Les autopsies étant rares et ne voulant nous appuyer que sur des constatations réelles, notre chapitre d'anatomie pathologique sera bref. De même, au point de vue pathogénique, nous nous écarterons des multiples hypothèses que l'on pourrait formuler.

Étant donné l'importance et l'intérêt de l'étude du liquide céphalo-rachidien, nous avons consacré un chapitre spécial aux résultats que donne la ponction lombaire.

Notre étude comprendra encore un chapitre de diagnostic et un de traitement.

Enfin, nous donnerons, à titre justificatif, les observations, suivant la classification qui nous a paru répondre le mieux à la réalité des faits.

Nous apportons à cette étude des méningites syphili-

tiques aiguës et subaiguës un nombre plus grand d'observations que nos devanciers et une critique plus sévère des faits. Nous croyons pouvoir justifier notre travail en mettant en valeur quelques points que les auteurs qui nous ont précédé n'avaient fait qu'entrevoir ou même avaient négligé de mentionner, tels que : fréquence plus grande qu'on ne le croit de ces méningites syphilitiques; manifestation toujours précoce d'une syphilis acquise ou héréditaire; leur évolution capricieuse, sans caractères cliniques particuliers permettant de les différencier, leur pronostic sévère, l'impossibilité de faire leur diagnostic par la cytologie du liquide céphalo-rachidien, et, dans bien des cas, le peu d'efficacité du traitement, qu'il soit préventif ou curatif.

CHAPITRE PREMIER

Historique et Bibliographie

La question des méningites syphilitiques aiguës et sub-aiguës n'est pas de date absolument récente. On pourrait retrouver la trace de cette affection et la dépister dans des cas de syphilis nerveuse, de syphilis cérébrale publiés par différents auteurs anciens, même par ceux de la première heure.

Toutefois, ce n'est guère que depuis la seconde moitié du xix^e siècle que l'on s'est préoccupé réellement de la nature syphilitique possible de l'inflammation aiguë des méninges. A cette époque, les deux affections, méningite d'une part, syphilis de l'autre, se trouvaient enfin bien connues dans leur histoire. La méningite, dans la première moitié du siècle, avait été nettement individualisée au point de vue clinique et anatomo-pathologique, définitivement distinguée de l'encéphalite. De même, s'étaient précisées nos connaissances sur la syphilis. Le cadre de la vérole s'était restreint à ce qui lui appartenait dans les maladies vénériennes.

Malgré la fâcheuse inoculation dont Hunter fut la victime, s'établissait, après les publications de Bell et de Hernandez (1812), la non-identité de la blennorrhagie et de la syphilis.

De même, par les travaux de Bassereau (1852), confirmés et complétés par ceux de Rollet, Diday, etc., la dualité du chancre mou et de la syphilis ne pouvait pas être mise en doute. Il restait admis que la syphilis, contrairement à la chancreuse, est une maladie générale dont l'action peut se localiser sur tous les tissus.

Aussi à cette époque, en 1859, nous trouvons dans la deuxième édition du *Traité des Maladies vénériennes* de VIDAL DE CASSIS la première observation de méningite syphilitique aiguë. Ce fut le point de départ de grandes discussions.

En effet, en 1859, l'Académie Impériale de Médecine mettait au concours pour le prix Civrieux cette question : « Des affections nerveuses dues à la diathèse syphilitique. »

Trois mémoires très importants nous sont restés : ceux de ZAMBACO, de LAGNEAU, de GROS et LANCEREAUX. Tous ces auteurs abordent la question de la méningite syphilitique aiguë, mais ils donnent une opinion différente.

ZAMBACO nie la méningite syphilitique, non seulement dans sa forme aiguë, mais encore dans la forme chronique, et critiquant les observations de Read, Rayer, Reeve, Lallemand, il écrit : « Plusieurs médecins se sont crus autorisés à soupçonner parfois une méningite syphilitique, mais nous ne savons sur quoi est basé ce diagnostic, auquel l'autopsie n'est jamais venue donner la sanction. »

LAGNEAU, à propos de la précocité des accidents nerveux au cours de la syphilis, rappelle le cas de Vidal de Cassis, mais il ne paraît pas convaincu de la réalité de la nature syphilitique de la méningite signalée par cet au-

leur. « Mais, dit-il, je ne pense pas que ce cas, très curieux d'ailleurs, doive être considéré autrement que comme fait de simple coïncidence de méningite et de chancre, affections simultanées, mais n'ayant entre elles aucun rapport évident. »

GROS et LANCEREAUX, au contraire, après avoir fait connaître les opinions de Lallemand, Knorre, Rayer, Ricord, et constaté que peu d'auteurs admettent les encéphalites ou les méningites aiguës de nature syphilitique, n'hésitent pas à en accepter la réalité et à les décrire : « II. Méningite aiguë. A côté de l'encéphalite vient se ranger la méningite aiguë représentée par une observation de Vidal de Cassis. Les symptômes, en effet, sont bien nets et bien caractéristiques, le traitement fut mixte, tel qu'il convenait en présence de symptômes inflammatoires aussi intenses, car à côté de la maladie syphilitique qui doit dominer la thérapeutique du genre de lésions que nous étudions en ce moment, il y a la lésion elle-même qui entraîne avec elle ses indications précises. En face d'une inflammation méningienne patente l'emploi des antiphlogistiques est urgent; ce n'est que lorsque l'affection est réduite, pour ainsi dire, à son élément causal, que le traitement spécifique reprend le premier rang. Mais alors aussi il est tout puissant et sans lui, nous l'avons vu et nous le verrons encore, il n'est pas de guérison possible. »

Plus tard, LANCEREAUX, en 1869, dans son *Traité historique et pratique de la syphilis*, continuera à admettre les méningites aiguës syphilitiques : « Si je m'en rapporte à quelques faits observés par moi depuis ces dernières années, les affections secondaires des centres nerveux se

traduisent par des symptômes peu différents des phlegmasies subaiguës des centres... Un jeune homme que j'ai traité présenta dans le cours de sa syphilis secondaire des accidents qui avaient toutes les allures d'une méningite cérébro-spinale et qui guérit par le traitement. Contrairement à ce que nous verrons plus tard, les lésions sont en général diffuses pendant la période secondaire, en même temps elles présentent les caractères symptomatiques d'une inflammation subaiguë. »

La même année (1869), MOLLIÈRE, interne de Gailleton, faisait connaître une observation de syphilis congénitale avec fièvre intense et accidents méningés à l'âge de 4 mois. Il y eut mort et autopsie.

A. PONCET, en 1872, dans les *Annales de Dermatologie* (tome IV), publie une observation de méningite syphilitique. Il s'agit d'un cas de méningite aiguë chez une syphilitique déjà ancienne (neuf ans). A vrai dire, le tableau n'est pas bien caractéristique. Quoi qu'il en soit, la guérison fut obtenue par le traitement ioduré. Poncet en discute le diagnostic et conclut à la nature syphilitique de cette méningite.

BOUCHARD, dans la *Leçon de la Charité* du 27 mars 1873, s'appuyant sur des constatations d'autopsies, montrait que la méningite syphilitique aiguë devait être acceptée comme une réalité en clinique. Cette observation sera désormais signalée par tous les auteurs qui se sont occupés de la question. Nous tenons à faire remarquer dès maintenant qu'il ne s'agit pas là d'une observation typique de méningite aiguë syphilitique, mais d'une pachyméningite avec très nombreuses tumeurs gommeuses développées aux dépens de la face externe de la dure-mère et ayant perforé le crâne.

MAURIAC, en 1874-1875, dans les *Annales de Dermatologie*, tome VI, commence la publication de son mémoire intitulé : « Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux. » Son observation I : « Syphilose diffuse du cerveau », reproduit le syndrome clinique de la méningite tuberculeuse, avec les perturbations du pouls en moins. De la discussion de ce cas, Mauriac conclut à la nature syphilitique et à la localisation aux enveloppes du cerveau. Plus tard, en 1879-1880, (*Annales de Dermatologie*, tome X), à propos de cette observation, il note que les syphiloses diffuses méningo-encéphaliques sont assez rares. Toutefois il rappelle que Taylor, médecin américain, estime la méningite subaiguë syphilitique assez fréquente pendant la seconde période de la syphilis.

HEUBNER, en 1877, dans sa monographie sur la syphilis du système nerveux, dit que l'on trouve des formes méningées aiguës avec délire, affaissement, fièvre. Nous n'avons pas relevé d'observations bien caractéristiques de méningites syphilitiques aiguës.

GUELFO VON SOMMER, en 1879, publie un cas de méningite syphilitique aiguë, qui nous paraît des plus probants. Voici d'ailleurs les conclusions qu'il en tire :

1° Parmi les localisations précoces de la syphilis sur les méninges, il y en a une diffuse, à marche aiguë, qui, anatomiquement et cliniquement, a une grande analogie avec la méningite idiopathique et la méningite tuberculeuse.

2° La fièvre est cependant moins intense dans la méningite syphilitique.

3° Peuvent également faire défaut les vomissements, les accès convulsifs, les troubles de la sensibilité.

4° Les troubles de la parole sont aussi notables que constants.

5° L'issue fatale peut survenir en dépit du traitement spécifique le mieux entendu.

JULLIEN, qui rapporte cette observation dans les *Annales de Dermatologie* (1880), et la discute, déclare qu'il n'est pas convaincu. Il fait trois objections (nous aurons l'occasion de les discuter plus loin) que l'on retrouve souvent pour les observations publiées ultérieurement : absence de particularité spécifique au point de vue clinique ; inefficacité de la thérapeutique iodurée habituellement souveraine en pareil cas ; enfin à l'autopsie, présence des lésions communes à toute méningite, sans aucune production nettement spécifique. Dans la suite, Jullien change d'avis il est vrai, et en 1886, dans son *Traité des maladies vénériennes*, il ne nie plus absolument la réalité de l'inflammation aiguë des méninges de nature syphilitique : « Méningites cérébrales et médullaires diffuses à marche aiguë qui, ainsi que nous l'ont appris d'excellents observateurs, von Sommer, H. Mollière, Déjerine, Westphall, présentent les plus grandes analogies tant avec la méningite idiopathique qu'avec la méningite tuberculeuse. »

FOURNIER, *La Syphilis du cerveau*, 1879, ne parle pas des méningites aiguës primitives. Il signale simplement la possibilité des méningites aiguës secondaires au voisinage d'autres lésions, de gommes. « Ainsi l'on possède aujourd'hui quelques observations dans lesquelles on a vu des gommes cérébrales ou médullaires déterminant autour d'elles, par réaction de voisinage, des accidents aigus, voire suraigus d'encéphalo-méningite. »

C'est l'opinion que réflétera CHAUVET dans sa thèse d'agrégation (1880) sur « L'influence de la syphilis sur les maladies du système nerveux ».

Toutefois, l'année suivante (1880), FOURNIER, dans *Syphilis et Mariage*, parlant de la méningite aiguë chez les hérédos, semble bien en admettre la nature syphilitique. « Les mêmes enfants sont encore puissamment prédisposés à la méningite. C'est là une remarque que j'ai faite depuis longtemps et je n'ai pas été le seul à la faire. Je ne serai même pas surpris que les prétendus succès de l'iodure de potassium dans la méningite tuberculeuse fussent explicables par le caractère spécifique des lésions contre lesquelles ce remède a été administré. Dans ses formes aiguës, cette méningite des enfants issus de parents syphilitiques est presque invariablement mortelle. Dans ses formes lentes, progressives, elle peut épargner la vie, mais pour aboutir en général à un état d'incapacité intellectuelle voisin de l'imbécilité ou de l'idiotie. » Fournier en cite quelques exemples, sans toutefois donner d'observations détaillées. Fournier n'a jamais donné une opinion bien précise sur la question, et, dans son récent *Traité de la syphilis*, il n'est pas question de la méningite aiguë syphilitique.

STOEBER, dans sa thèse (1890-1891, Paris) « Les accidents méningés de la syphilis héréditaire », admet nettement la méningite aiguë syphilitique chez les hérédos; il insiste sur la difficulté clinique qu'il peut y avoir à la différencier de la méningite tuberculeuse.

PIC et REGAUD, en 1895, publièrent, dans la *Province Médicale*, un cas de syphilis cérébrale à forme méningée: « Méningite basilaire syphilitique. Syndrome de Weber,

pneumonie lobaire aiguë de la base droite, coma, eschare fessière, guérison par le traitement ioduré. »

Cette observation est admise par les auteurs comme cas de méningite syphilitique aiguë, et c'est bien, en effet, le diagnostic de probabilité. Malheureusement on ne trouva pas la trace de cette syphilis dans les antécédents.

En 1898, J. TEISSIER et J. ROUX, dans un article des *Archives de Neurologie* : « Essai de diagnostic différentiel entre la syphilis cérébrale, la syphilis méningée et la syphilis gommeuse de l'encéphale », mentionnent la méningite syphilitique. Ils en distinguent, suivant la localisation, deux formes : 1° la méningite de la base, avec vertiges, troubles psychiques, vomissements, dépression, forme donnant souvent le tableau complet de la méningite tuberculeuse; 2° la méningite de la convexité, surtout caractérisée par du délire et des phénomènes d'excitation. Ils insistent sur la possibilité de la fièvre. Ils semblent plutôt pencher pour une infection secondaire que pour la nature syphilitique primitive. Ils ne rapportent pas d'observations détaillées, mais ils ont vu, disent-ils, un cas où le diagnostic fut hésitant avec une fièvre typhoïde.

La même année, PAULY publie dans le *Lyon Médical* (29 mai 1898) « Syphilis cérébrale méningée à forme comateuse ». Il s'agit bien vraisemblablement de lésions méningées, mais on n'a pas le tableau méningitique proprement dit.

CHARVET (*Revue de Neurologie*, décembre 1899), rapporte « un cas de syphilis cérébrale sept mois après l'accident primitif, avec oblitération de la sylvienne gauche; mort en trois jours ». Nous citons ici cette observation,

car à l'autopsie il fut constaté des lésions méningées aiguës syphilitiques diffuses utilisables pour l'étude de l'anatomie pathologique. Mais nous ne la ferons pas figurer parmi nos observations de méningite, pour les raisons indiquées au début de notre thèse.

En 1900, GACHKIEWICZ, dans son étude : *Syphilis du système nerveux*, rapporte un cas de syphilis cérébrale méningée aiguë (obs. XXXII) qui, vraisemblablement, doit être considérée comme une méningite syphilitique aiguë. Le tableau clinique est assez complet. L'autopsie montre une méningite basilaire gommeuse avec une grande quantité de liquide dans les ventricules.

En 1901, nous relevons 4 observations intéressant notre sujet : celles de Dorendorff, Hoffmann, Finkelburg, Debove et Castaigne. Dans le cas de DORENDORFF (*Annalen Charité*, 1901, XXVI), il n'y a pas de syphilis connue, mais on peut soupçonner la syphilis héréditaire par les anamnestiques et par la guérison par le traitement spécifique.

HOFFMANN rapporte, dans le *Berliner Klinische Wochenschrift* (1901), « un cas de syphilis méningée basilaire précoce ». La syphilis est certaine et récente. Le tableau clinique est au complet. Cette observation est le point de départ de la thèse de POETZ (Leipzig, 1902), où, entre autres questions, est surtout envisagée celle de la température au cours de la méningite syphilitique aiguë.

FINKELBURG (*Zeitschrift für Nerven*, avril 1901) publie « un cas d'affection disséminée des vaisseaux et des méninges du cerveau et de la moelle dans les premières périodes de la syphilis ». Ce cas ne nous retiendra pas, car le malade est entaché d'hérédité tuberculeuse et le tableau clinique est fort incomplet.

DEBOVE, dans la *Gazette hebdomadaire* du 18 septembre 1901, rapporte dans sa relation : « Les méningites cérébro-spinales; à propos d'un cas de méningite syphilitique », une observation nette où, pour la première fois, nous trouvons mentionnés les résultats de la ponction lombaire.

Malgré cette série déjà importante d'observations et de mémoires, la méningite aiguë syphilitique n'est pas encore franchement classique. Voici, par exemple, comment, à cette époque, s'exprime KLIPPEL (article « Syphilis cérébrale » in *Traité de Médecine*, de Brouardel et Gilbert) : « On a signalé quelques cas de syphilis des méninges dans lesquels le tableau clinique rappelait l'inflammation aiguë des méninges... Sans nier la nature syphilitique de tels cas, on est en droit de se demander si les lésions syphilitiques à évolution plus ou moins lente ne se sont pas compliquées brusquement d'infection aiguë d'ordre banal. »

Dès 1902, vont paraître des travaux intéressants sur le *liquide céphalo-rachidien*, non seulement au cours des méningites syphilitiques, mais encore au cours de la syphilis à toutes ses périodes. Ravaut, élève de Vidal (*Annales de Dermatologie*, 1902-1903-1907), étudiera successivement le liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques en période secondaire, tertiaire, et chez les hérédos. Nous aurons à discuter au chapitre « liquide céphalo-rachidien » les conclusions de ces auteurs. Dès ce moment, les travaux de Bélère, thèse de Paris, 1902, « La ponction lombaire chez les syphilitiques », donnent les résultats acquis.

L'observation de VIDAL et LE Sourd (Société médicale

des Hôpitaux, 4 février 1902) « méningite aiguë, guérison par le traitement antisypilitique, lymphocytose », reproduit un tableau complet de méningite aiguë; sa nature syphilitique est bien probable; cependant on ne trouve pas d'histoire de syphilis antérieure.

Quant au cas de BRISSAUD et BRÉCY (Société médicale des Hôpitaux, 14 mars 1902) « symptômes de méningite aiguë, guérison par le traitement », il ne reproduit pas un syndrome méningitique bien typique ni bien complet. D'autre part, il s'agit là encore de syphilis inconnue. On comprendra que nous ne classions pas ce fait parmi ceux devant servir de base principale à notre thèse.

Tout au contraire, l'observation de POROT (*Lyon Médical*, 9 novembre 1902) « Syphilis cérébrale maligne et précoce d'origine vaccinale, méningite basilaire aiguë », rentre absolument dans le cadre de notre étude. La syphilis est récente et certaine, le tableau clinique complet. L'auteur insiste sur la température; tout en mentionnant la rareté des cas, il rappelle celui d'Hoffmann et un de Trapeznikoff (V^e Congrès de médecine russe, 1893).

THIBIERGE et RAVAUT (Société médicale des Hôpitaux de Paris, décembre 1902) rapportent une observation : « Syphilis datant de dix-huit mois, syphilides pigmentaires rappelant le vitiligo, céphalalgie à type neurasthénique, lymphocytose ». Ce serait un abus de parler ici de méningite au sens où nous le prenons.

En 1903, GAUD, élève de M. Lannois, fait une étude sur « La fièvre dans la syphilis cérébrale » (Lyon, 1902-1903), où il envisage une forme méningée aiguë fébrile, dont il donne 5 observations : Porot, Vidal et Le Sourd, Brissaud et Brécy, Pic, Gachkiewicz.

La même année, GAILLARD et D'OELENITZ (Société médicale des Hôpitaux, 12 janvier 1903) rapportent un cas de méningite syphilitique aiguë. C'est une forme comateuse avec examen cytologique; la syphilis était certaine.

En 1904, sont à noter les cas suivants :

MAHOT et BARTHÉLEMY (Gazette médicale de Nantes, avril 1904) (méningo-encéphalite subaiguë et rétrécissement de l'intestin chez un hérédo-syphilitique) relatent un cas d'affection nerveuse syphilitique à allure subaiguë, à début brusque et à évolution rapide avec participation active des méninges. Il s'agit plutôt d'une forme gommeuse.

SICARD et ROUSSY (*Revue Neurologique*, juin 1904) (méningite aiguë cérébro-spinale syphilitique. Evolution sept mois après le chancre et au cours du traitement, cytologie, autopsie) apportent un cas bien caractérisé, mais où il faut signaler de grosses lésions artérielles concomitantes.

L'observation de COURTOIS-SUFFIT et BAUFFEMÉ (Société médicale des Hôpitaux, 15 juillet 1904) (méningite cérébrale suppurée accompagnée d'érysipèle de la face chez un syphilitique, lymphocytose) est mentionnée à titre documentaire; bien que le diagnostic porté soit celui de méningite syphilitique aiguë, nous le rejetons, à cause de la méningite à streptocoques trouvée à l'autopsie.

Dans le cas de BENSAUDE et RIVET (*Archives générales de Médecine*, 1904), on a des symptômes de lésions localisées; le tableau est plutôt celui de tumeur que de méningite aiguë diffuse.

Cette même année, il faut citer la thèse de DROUET, inspirée par Bensaude et intitulée « La méningite aiguë sy-

philitique ». Elle est basée sur 8 observations (Bouchard, Widal et Le Sourd, Brissaud et Brécy, Gaillard et d'Oelnitz, Bensaude et Rivet, Debove-Castaigne, Pic et Regaud, Sicard et Roussy). Outre qu'il y manque plusieurs des cas dont nous avons parlé, on peut reprocher à ce travail de réunir sur un pied d'égalité des observations disparates, de valeurs très inégales.

En 1905, KRÖNIG (*Dermatologisches Centralblatt*, octobre 1905), relate, avec résultat de la ponction lombaire, le cas d'un soldat syphilitique récent ayant présenté le syndrome de méningite aiguë complet, avec rechutes successives.

En 1906, les publications de Ravaut et Ponzelle, Suchy, Bosc, Roux et Ninot, Constantin, Bonnet sont à retenir.

RAVAUT et PONZELLE (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 12 janvier 1906), « Contribution à l'étude clinique et bactériologique des lésions encéphalo-méningées chez les nouveau-nés syphilitiques », apportent l'observation d'un nouveau-né, ayant des convulsions, et à l'autopsie duquel ils trouvèrent des lésions méningées et cérébrales. De l'examen microscopique ils concluent que le spirochète peut créer à lui seul des lésions méningées et constituer la méningite syphilitique.

SIEGFRIED SUCHY (*Wien. medicin. Woch.*, n° 21, 1906) présente aussi un cas de méningite chez un syphilitique récent, avec terminaison mortelle; ce cas est remarquable par l'importance des troubles psychiques.

L'observation de Bosc (Société Biolog., 1906), « méningo-encéphalite diffuse de la syphilis héréditaire », est à signaler. Si les lésions des méninges sont trop légères pour que l'on puisse dire méningite, elles peuvent néan-

moins être considérées comme un premier stade et conduisent à envisager la possibilité de méningite aiguë in utero pouvant amener la mort du fœtus.

NINOT, dans sa thèse (Lyon, 1906) : « Diagnostic précoce de la syphilis nerveuse par la ponction lombaire », apporte un cas de son maître, le docteur Roux, comme méningite syphilitique aiguë, mais, outre que la syphilis n'est pas certaine, les symptômes cérébraux sont un peu vagues.

Nous laisserons de côté l'observation de CONSTANTIN (*Annales de Dermatologie*, 6 décembre 1906) : « Syphilis cérébrale précoce, artérite du tronc basilaire et foyer de ramollissement protubérantiel. Guérison, artérite de la sylvienne, méningite, mort, autopsie. » Sa méningite est un épiphénomène : il y avait, en outre, des nodules tuberculeux disséminés dans les deux poumons, ce qui complique un peu la question.

Notre maître, le docteur BOXXET (*Lyon Médical*, 16 décembre 1906 : « La polynucléose du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis des centres nerveux ») publie et discute les résultats de la ponction lombaire dans un cas de méningite syphilitique aiguë observé par lui. Nous n'insisterons pas ici sur cette étude à laquelle nous aurons l'occasion de faire de larges emprunts. D'ailleurs, l'observation inédite est la première des nôtres et a été le point de départ de notre travail.

En 1907, nombreux sont les travaux qu'il nous faut dépouiller. Tout d'abord SÉZARY (*Gazette des Hôpitaux*, 26 janvier 1907), dans un revue générale sur : « Les déterminations viscérales latentes de la syphilis secondaire » étudie très complètement la réaction méningée qui n'est,

peut-on dire, que l'expression la plus atténuée de la méningite syphilitique aiguë.

RAVAUT et DARRÉ (*Gazette des Hôpitaux*, 12 février 1907, « Etude des réactions méningées dans un cas de syphilis héréditaires ») établissent, par une observation des plus probantes, la réalité de la méningite aiguë syphilitique chez les jeunes hérédosyphilitiques. L'observation sera reproduite *in extenso*.

GAUCHER et MALLOIZEL (*Bull. Société de Dermatologie*, page 83, 1907, « Syphilis secondaire rebelle au mercure survenant par poussées cutanées accompagnées d'accidents méningés ») apportent une observation bien nette, intéressante par la marche cyclique mensuelle des poussées éruptives et méningées.

BOIDIN et WEIL (*Presse Médicale*, 19 octobre 1907), « Méningite syphilitique secondaire aiguë préroséolique » donnent une observation très complète, intéressante par l'extrême précocité de l'apparition des phénomènes méningés aigus.

MAGNE (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 20 octobre 1907, « Syphilis maligne précoce terminée par une méningite aiguë ») relate un cas observé répondant à l'affection que nous étudions et montre l'inefficacité absolue du traitement dans certains cas.

FAIRBANKS (*Journal of the American Associat.*, mars 1907, « Cerebral syphilis in Children »), dans une étude dont nous n'avons pu prendre connaissance que par une brève analyse des *Annales de Dermatologie*, semble accorder une place très importante à la méningite aiguë. La lepto-méningite est la forme la plus fréquente; il ne faut pas lui chercher, dit-il, de spécifique clinique; toute-

fois, il convient d'insister sur les symptômes protéiformes mal coordonnés, marqués par un début brusque, une allure violente, sur les améliorations et aggravations inattendues.

DI PORTO (*Società Lancisiana degli Ospedali di Roma*, décembre, 1907, « Contribution au diagnostic de la méningite syphilitique aiguë ») donne 2 observations. Nous n'avons pu nous les procurer et n'en avons eu connaissance que par une analyse de la *Revue Neurologique*, 15 octobre 1908. Seuls les résultats de la ponction lombaire sont donnés.

En 1908, la question reste à l'ordre du jour, surtout en France. On note des observations isolées (Laubry et Giroux, Claisse et Joltrain, Gilbert Ballet et A. Barbé, Crouzon et Villaret, Malloizel et Nathan, Crouzon, Schneider et Spick) et un travail d'ensemble, la thèse de Raoul de Coux.

LAUBRY et GIROUX (*Tribune Médicale*, 4 janvier 1908, « Méningite aiguë syphilitique ») apportent une observation indiscutable.

Un travail de SÉZARY (Société de Biologie, 10 avril 1908, « Processus histologique de la réaction méningée de la syphilis secondaire ») sera mentionné dans notre chapitre « Anatomie pathologique ».

GILBERT BALLET et ANDRÉ BARBÉ (Société Neurologique, 2 avril 1908) présentent « un cas de méningite syphilitique avec autopsie », non douteux, avec examen microscopique détaillé.

CROUZON et VILLARET (Société de Biologie, 20 juin 1908), dans « un cas de méningite aiguë syphilitique mortel », insistent seulement sur la température très élevée et égale

dans l'aisselle et le rectum sans donner l'observation clinique complète.

MALLOIZEL et NATHAN (*Annales des Maladies vénériennes*, 1908, « Sur un cas de syphilis cérébrale précoce »), apportent une observation intéressante. Il ne s'agit pas d'une forme purement méningée, car il y a aussi des lésions artérielles; mais la méningite de la convexité est très marquée, ce qui nous engage à classer ici cette observation.

SCHNEIDER et SPICK (Société de Biol., 17 octobre 1908, « Etude du liquide céphalo-rachidien dans un cas mortel de méningite syphilitique aiguë ») donnent simplement les résultats de ponctions lombaires successives sans donner l'histoire clinique de leur malade, ni préciser ce qui leur a fait admettre la nature syphilitique.

CROUZON (observation XXII de la thèse de Dutheil (Pari, 1908), « Contribution à l'étude de l'hémiplégie précoce à la période secondaire de la syphilis ») fait connaître un cas pour lequel il lui paraît difficile de se prononcer entre une artérite et des lésions méningées semblant surtout répondre à une forme localisée à la zone motrice. Toutefois, la phase initiale, qui précéda de huit jours l'hémiplégie, rappelle une scène méningitique.

RAOUL DE COUX donne, cette même année, un travail d'ensemble : « Méningites syphilitiques aiguës. Essai de classification » (thèse Paris, 1908). Il se base sur 12 observations qui toutes nous sont déjà connues. Bouchard. Pic et Régaud, Debove, Widal et Le Sourd, Brissaud et Brécy, Gaillard et d'Oelnitz, Sicard et Roussy, Hayem et Bensaude, Boidin et Weil, Laubry et Giroux, Claisse et Joltrain, Gilbert Ballet et A. Barbé. Il s'efforce de diffé-

reancier les méningites syphilitiques aiguës en secondaires et tertiaires. C'est un point que nous aurons l'occasion d'envisager plus loin.

Quoi qu'il en soit, nous lui ferons le même reproche que nous adressions, à Drouet : d'avoir réuni des faits discutables et d'avoir admis comme méningite aiguë des cas qui n'en sont pas, comme le cas de Bouchard.

Nous mentionnerons encore le travail de revision de GAUTHIER, thèse de Lyon faite sous l'inspiration de M. Lannois : « Guérison et curabilité des méningites aiguës », dont un chapitre est consacré à la méningite syphilitique. Nous montrerons plus loin qu'il est trop optimiste quand il dit : « La guérison est la règle à la condition toutefois qu'un traitement mercuriel suffisant ait été institué. »

En 1909, QUEYRAT et DEMANCHE (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 19 mars 1909), dans « Valeur thérapeutique de l'émétique dans le traitement de la syphilis humaine », apportent un cas (obs. III), où ce dernier médicament n'a pas empêché l'apparition des phénomènes méningés. La lecture de leur observation est très démonstrative comme méningite syphilitique aiguë.

OETTINGER et HAMEL (*Gazette des Hôpitaux*, 29 avril 1909, « A propos de deux cas de méningites aiguës syphilitiques ») ébauchent une courte revue générale de la question. De leurs deux observations, la seconde seule est typique, avec syphilis certaine, récente et tableau complet de méningite aiguë. La première observation répond à une forme localisée, tardive.

Citons enfin la thèse de MOIGNET (Paris, 1909, « Traitement des méningites syphilitiques aiguës »), qui ne contient pas d'observations nouvelles.

EN RÉSUMÉ. — Nous venons, suivant l'ordre des temps, de rapporter la bibliographie des travaux faits sur la question des méningites aiguës syphilitiques.

Par là on voit que cette affection est déjà anciennement connue, mais que, suivant les époques, on l'étudie avec plus ou moins d'intérêt. C'est ainsi qu'on la trouve nettement admise dans les écrits de 1860 à 1880, ainsi qu'en font foi les opinions de Vidal de Cassis, Gros et Lancereaux, Mauriac, Taylor, Guelfo von Sommer, etc.

Puis elle semble tomber dans l'oubli, elle est des plus discutées dans sa nature primitive, les quelques faits publiés ne sont plus considérés comme bien probants.

Ce n'est guère que depuis 1900 que la question revient tout à fait à l'ordre du jour. Les observations précises, indiscutables, se multiplient (nous les avons déjà suffisamment mentionnées), des revues générales sont faites sur la question. Avec Lamy (article « Syphilis des méninges », in *Traité de Médecine* de Bouchard, 1904), la méningite aiguë syphilitique est citée dans les classiques; on la retrouve désormais dans les traités plus récents. Cestan (6 agrégés), Lamy (*Traité de Médecine* en 4 volumes).

Laubry et Giroux, en 1908, dans le préambule à propos de leur observation d'un cas de méningite syphilitique aiguë, peuvent écrire : « Bien qu'il s'agisse d'une forme classique de la syphilis des centres nerveux », montrant par là que cette affection est devenue classique.

Le moment est donc venu de grouper nos connaissances sur ce sujet, de faire un travail à la fois de critique et de synthèse et d'établir une description de la méningite syphilitique basée uniquement sur des observations authentiques. C'est le but que nous nous sommes proposé dans ce travail.

CHAPITRE II

Étiologie

Dans ce chapitre, nous allons nous efforcer de dégager les conditions qui peuvent expliquer la localisation de la syphilis sur le système des méninges molles pour réaliser le syndrome méningite syphilitique aiguë. C'est une loi de pathologie générale que d'envisager à la fois l'infection et le terrain; nous examinerons donc séparément ces deux facteurs. Mais, auparavant, nous voulons dire un mot de la fréquence de cette affection.

Fréquence des méningites syphilitiques.

Cette affection devrait être tenue pour une manifestation très rare si nous nous en rapportions aux seules observations que nous avons admises comme bien probantes et aux brèves mentions qui en sont faites par la plupart des auteurs.

Mais, d'une part, nous avons été sévère dans notre choix d'observations. Nous avons retenu seulement les cas indiscutables, afin de construire notre travail sur des bases solides. Mais nous croyons que bien des cas que, par prudence, nous avons classés comme incertains, sont bien des méningites; et, d'autre part, il en est de la méningite aiguë syphilitique comme de la plupart des maladies : la fréquence en augmente à mesure que leur connaissance se précise.

Les auteurs anciens n'ont pas considéré cette manifestation comme d'une bien grande rareté. Rappelons l'opinion de Lancereaux, Mauriac, Taylor. Puis la question fut délaissée; on ne s'en occupe plus; alors elle parut être très rare et quelques auteurs même la mettaient en doute. Depuis que dans ces dernières années la question est revenue à l'ordre du jour, nous voyons surgir un nombre d'observations de plus en plus grand et sans nul doute des travaux ultérieurs feront une large place à cette manifestation de la syphilis.

Pour donner l'impression personnelle que nous avons retirée de nos recherches, nous dirons que la méningite syphilitique aiguë, sans être fréquente, n'est pas une manifestation exceptionnelle de la syphilis; elle serait certainement plus fréquente si elle n'était pas habituellement précédée de signes prémonitoires qui permettent d'instituer un traitement actif avant que le tableau ait atteint son complet développement.

LA MALADIE

I. — CARACTÈRES CLINIQUES DE LA SYPHILIS

1° LE CHANCRE. — La gravité du chancre semble sans importance. Nous ne pouvons rien dire non plus de précis sur l'importance du siège du chancre. Nos observations ne permettent pas de savoir si un chancre extra-génital et céphalique en particulier, est ou non un facteur prédisposant.

On sait, à ce sujet, les opinions contradictoires émises pour la syphilis cérébrale par Stourme, Fournier, Jeanselm, Krefting, Klippel. Y a-t-il une nature spéciale du

virus qui explique sa localisation aux méninges ? Nous ne pouvons faire ressortir de nos observations une conclusion sur ce point. On sait que cette question de « syphilis à virus nerveux » a été plusieurs fois soulevée; nous nous contenterons de rappeler les faits classiques de Morel Lavallée, Nonne, etc., et ceux plus récents de Fischler (Ueber die syphilogenen Erkrankungen der Centralen nerven Systems und ueber die Frage der « Syphilis à virus nerveux » (*Deutsch Zeitschrift für Nerren*, 1905, tome XXVIII, page 438).

2° ACCIDENTS CUTANÉS ET MUQUEUX POSTÉRIEURS AU CHANCER. — La gravité de la syphilis, jugée d'après ses manifestations cutanées et muqueuses, est-elle à incriminer dans l'étiologie ? C'est là une question très importante à trancher. Nous allons examiner la syphilis dans ses manifestations antérieures et dans ses manifestations concomitantes à la méningite.

A) *Manifestations syphilitiques antérieures à la méningite.* — Nos observations ne donnent guère de renseignements sur les manifestations générales de la période secondaire telles que : insomnie, amaigrissement, fièvre, anémie. Ce sont seulement les manifestations cutanées et muqueuses que nous pouvons envisager. A ce point de vue, l'on peut ranger ces observations en trois groupes :

1° Les observations où il n'y a pas d'accidents mentionnés :

a) Observations de Sicard et Roussy, Ravaut et Ponselle, Laubry et Giroux, Malloizel et Nathan, où nous manquons de détails.

b) Boidin et Weill, où la méningite est très précoce, préroséolique.

2° Dans les observations de Mauriac, von Sommer, Hoffmann, Queyrat, les accidents sont bénins.

3° Enfin les observations où les accidents sont intenses et ces observations sont les plus nombreuses : Bonnet, Debove, Porot, Suchy, Gaillard et d'Oelnitz, Ravaut et Darré, Gaucher et Malloizel, Magne, Gilbert Ballet et André Barbé, Oettinger et Hamel.

Du premier groupe nous ne pouvons rien dire. Mais voici le détail des deux autres :

1° Accidents bénins : Le malade de Mauriac n'eut qu'une roséole légère. L'auteur écrit, en effet : « Malgré la bénignité des accidents cutanés. »

Celui de Sommer eut bien une éruption papuleuse, mais elle ne paraît pas avoir été intense.

Le malade d'Hoffmann n'a eu qu'une roséole et c'est seulement au déclin de sa méningite que l'on note une périostite de l'occiput. L'éruption du malade de Quéyrat est polymorphe, mais sans grande gravité.

2° Accidents intenses. Le malade observé par M. Bonnet a, dès le deuxième mois de sa syphilis une éruption généralisée intense, papulo-squameuse sur le tronc et les membres supérieurs, ecthymateuse aux membres inférieurs; c'est déjà un type de syphilis secondaire maligne précoce; en même temps il y a d'autres phénomènes, un œdème des jambes, des lombes et des bourses sans albumine.

Celui de Debove, malgré un traitement par des pilules de protoiodure, fait des poussées de syphilides papuleuses avec localisation aux pieds et aux mains; il présente lui aussi des œdèmes.

Le malade de Porot, porteur de cicatrices larges, cir-

cinées, racontait que pendant quatre à cinq mois il avait été porteur d'une série d'ulcérations indolores, mais s'accompagnant d'un mauvais état général avec faiblesse et amaigrissement.

Celui de Gaillard et d'OElnitz eut une roséole intense suivie de papules. Malgré un traitement régulier au protiodure, les manifestations cutanées ne s'atténuent qu'avec une grande lenteur.

Celui de Suchy prend des récidives d'accidents en plein traitement; l'état général est touché: il y a anémie très marquée.

Le petit hérédo de Ravaut et Darré présente, à partir du deuxième mois, une éruption intense et, dans la suite, les accidents reparaissent en même temps que les poussées méningées.

Le cas de Gaucher est caractérisé par des syphilides papuleuses généralisées confluentes, qui ne guérissent pas même par un traitement intensif.

Celui de Magne est intitulé syphilis maligne précoce: c'est une syphilis avec éléments à caractères de tertiarrisme précoce, éruptions ulcéro-crustacées, rupioïdes, ulcération et perforation du voile du palais.

G. Ballet et A. Barbé accusent « une roséole floride étendue sur tout le tronc et la face ».

Quant à la malade d'OEttinger et Hamel, elle suivait depuis dix mois, à Saint-Louis, un traitement pour des accidents muqueux et cutanés divers.

En résumé, sur 20 cas, dans 4 nous manquons de détails, dans 4 les accidents ont été bénins, dans 10 manifestation graves. Dans 1 cas la méningite est antérieure aux accidents. Aussi, pour ne nous en tenir qu'à nos

observations probantes, nous pouvons affirmer que *dans la grande majorité des cas de méningites syphilitiques aiguës la syphilis s'est manifestée antérieurement par des accidents cutanées graves.*

Par là, nous nous trouvons un peu en désaccord avec les classiques, en ce qui concerne les syphilis cérébrales tout au moins. Klippel peut écrire avec raison : « Un fait qui ressort nettement des observations est la possibilité de syphilis cérébrale avec atténuation de tous les accidents secondaires du côté de la peau et des muqueuses. » Mais la théorie de Broadbent ne saurait être acceptée. On sait que pour cet auteur il y aurait une sorte de balance-ment entre les manifestations du système cutanéomuqueux et celles du système nerveux. Discutable pour tels autres accidents, cette loi est certainement fausse pour la méningite.

B) *Manifestations cutanéomuqueuses concomitantes.*

De même que précédemment, nous distinguerons deux groupes :

1° Observations sans accidents : Mauriac, von Sommer, Hoffmann, Porot, Gaillard et d'Oelnitz, Sicard et Roussy, Kronig, Boidin, Magne, Laubry et Giroux, G. Ballet et André Barbé, OEttinger et Hamel.

2° Observations avec accidents concomitants : Bonnet, Debove, Suchy, Ravaut et Darré, Gaucher et Malloizel, Queyrat.

Dans le premier groupe, lors des accidents méningés, il n'y avait pas de manifestations cutanées et muqueuses, ou, en tout cas, elles étaient peu intenses dans les deux tiers des cas au moins. Peut-être a-t-on omis parfois de les signaler.

Les observations du second groupe nous retiendront plus longtemps.

Le malade de M. Bonnet est encore en pleine éruption pendant la poussée de méningite; nous avons mentionné les œdèmes des lombes et des bourses deux jours avant le début.

Debove nous apprend, de son malade œdémateux lui aussi, que « c'est dans le cours de cette poussée aiguë et grave des accidents syphilitiques que survenaient les accidents méningés ».

Le malade d'Hoffmann eut une périostite de l'occiput.

Celui de Suchy, en plein traitement, eut, au moment de sa méningite, une poussée de syphilides papulo-squameuses.

Chez le petit hérédo de Ravaut et Darré, on voit, du 16 septembre 1903 au 1^{er} janvier 1904, survenir cinq crises de phénomènes méningés aigus, les uns et les autres accompagnés de manifestations cutanées. De même dans le cas de Gaucher et Malloizel, il y a une marche cyclique mensuelle de poussées éruptives, papulo-croûteuses, papulo-squameuses, et de poussées encéphaliques. Dans le cas de Queyrat et Demanche, la poussée cutanée est la poussée banale de toute syphilis jeune et non traitée qui disparaît par le mercure.

Malgré le nombre double de cas sans accidents cutanés, nous voyons qu'il y a très souvent un parallélisme entre les réactions cutanées et méningées. Il y a alors une infection syphilitique grave donnant une atteinte des deux systèmes ectodermiques, suivant la conception de Brissaud. Dans ces cas, d'ailleurs, il y a une infection syphilitique de tout l'organisme, les poussées cutanées et la méningite

n'en sont que les manifestations les plus patentes. Cette vue cadre bien avec ce que nous savons de la réaction méningée, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien se rencontrant souvent chez des sujets atteints de manifestations cutanées profondes ou persistantes.

3° AUTRES SYMPTOMES DE LA SYPHILIS. — Nous avons recherché si, dans nos observations, il avait été noté des *ganglions cervicaux* de la nuque et du cou particulièrement développés.

Nous voulions voir si, comme dans la méningite tuberculeuse, il pouvait y avoir un lien avec l'infection du système lymphatique. Dans deux cas seulement il est fait mention de ces adénites.

Mauriac, vers la fin de la période d'état, dit : « L'adénopathie cervicale qui avait été très accentuée avait beaucoup diminué. »

Suchy rapporte que son malade avait des plaques muqueuses aux lèvres avec de gros ganglions enflammés.

Nous avons pensé que peut-être la *céphalée* pouvait marquer les cas ayant une tendance à produire de la méningite. Nos observations ne nous ont rien appris de précis sur ce point. Toutes, évidemment, mentionnent une céphalée intense, mais il s'agit de la période prémonitoire, prodromique de la poussée de méningite aiguë. La céphalée mentionnée simplement et banalement comme antécédents, n'a pas grande signification, car c'est un symptôme de règle à la période secondaire. Nous ferons une exception pour le cas de G. Ballet et André Barbé, où il y a eu d'emblée de longues céphalées ne cédant pas au traitement.

Il faudrait que nous soyons mieux éclairés sur l'inten-

sité, la durée, la résistance au traitement de ces céphalées secondaires. Nous n'insisterons pas plus longuement ici; nous aurons l'occasion de revenir sur ce point à propos de la période prodromique et de l'étude du liquide céphalo-rachidien.

II. — TRAITEMENT ANTISYPHILITIQUE ANTÉRIEUR

Quelle est l'influence préventive du traitement antisypilitique pratiqué avant toute apparition de symptômes méningés ?

Nous pouvons classer nos observations en trois groupes :

a) Observations où aucun traitement n'a été fait, tels sont les cas de Porot, Laubry et Giroux, où la syphilis a été méconnue; Boidin et Weil, où la méningite fut pré-roséolique.

b) Observations où le traitement n'est pas précisé : Ravaut et Ponselle.

c) Observations les plus nombreuses où le traitement a été fait d'une façon convenable où même parfois intensive. Nous ne nous occuperons que de ces observations.

Le malade de notre observation avait des frictions depuis quelque temps quand débutèrent les accidents.

Mauriac, à propos de son cas, écrit, dans les considérations : « Qu'il me suffise pour le moment d'affirmer que son (KI) efficacité préventive est tout à fait nulle. Ainsi le traitement hydrargirique et iodé institué dès l'apparition du chancre infectant, poursuivi avec persévérance et suivant les indications qui se sont présentées pendant le cours des accidents cutanés, n'a pu empêcher l'explosion de la syphilose cérébrale. »

De même, le malade de Sommer avait un traitement hydrargirique et ioduré par voie buccale.

Celui d'Hoffmann est traité par des injections hypodermiques de sublimé; celui de Debove par le protoiodure et les frictions. La malade de Gaillard et d'œlnitz a fait un traitement régulier et même intense pendant près d'un an.

Dans le cas de Sicard et Roussy, un traitement par des injections d'huile grise fait à titre préventif n'a aucune action. Il en est de même pour le traitement ioduré dans le cas de Kronig.

Le malade de Suchy avait fait un traitement pilulaire et reçu des frictions d'onguent mercuriel.

Celle de Gaucher et Malloizel fut soumise, dès le chancre, à un traitement mercuriel intensif.

L'hérédé de Ravaut et Darré fut correctement traité. Le malade de Magne avait reçu un traitement intensif d'autant plus surveillé qu'il s'agissait d'un cas de syphilis maligne précoce. La malade de G. Ballet et André Barbé reçoit, dès sa roséole, des injections de biiodure de Hg et prend de l'iodure; du 28 juin au 25 septembre, elle reçoit 60 injections (trois séries de 20 piqûres), ce qui n'empêche pas la méningite de se déclarer au début d'octobre.

Pouvons-nous tenir compte du traitement fait au malade de Queyrat et Demanche ? Ce malade était, en effet, un sujet d'essai pour la « valeur thérapeutique de l'émétique dans le traitement de la syphilis humaine ». Les accidents tant cutanés que méningés disparurent rapidement par le mercure. Ce cas prouverait du moins la supériorité du mercure sur l'émétique.

La malade d'œttinger et Hamel a suivi pendant dix

mois un traitement pilulaire à Saint-Louis. Celui de Malloizel et Nathan a pris des pilules dès le chancre.

Ainsi donc, la grande majorité des malades dont nous avons réuni les observations avaient été traités convenablement.

Evidemment, quelques-uns d'entre eux n'avaient reçu qu'un traitement moyen, pour une raison ou pour une autre. Mais, dans plusieurs observations, il y a eu antérieurement un traitement véritablement intensif et l'on voit la complication nerveuse se développer au cours même de ce traitement.

De tels faits doivent-ils conduire à mettre en doute l'action préventive du mercure, et à poser la question de la nocivité possible de ce médicament ? Nous ne le pensons pas.

Nous croyons qu'il est plus sage de dire qu'il y a des cas où la puissance du virus syphilitique est telle que l'action du mercure à doses thérapeutiques reste inefficace. Nous croyons qu'en faisant un traitement intensif, précoce et régulier, on se met dans les meilleures conditions pour éviter la méningite; seulement on n'est pas sûr de l'éviter parce que cet accident est surtout observé dans des cas où la syphilis est particulièrement violente et rebelle.

III. — AGE DE LA SYPHILIS. — SYPHILIS ACQUISE ET HÉRÉDITAIRE

Une remarque générale qui ressort de nos observations, c'est que la méningite est un accident de la syphilis encore jeune, en pleine virulence; et cela s'applique aussi bien à la syphilis héréditaire qu'à la syphilis acquise.

1° *Syphilis héréditaire*. — Nous trouvons la réalité de ces méningites aiguës, dues à l'hérédo-syphilis, nettement établie par les observations de Ravaut et Ponselle, Ravaut et Darré. Or, dans les 2 cas, il s'agit d'un *accident précoce*, car, des deux malades, l'un avait trois semaines et l'autre trois mois.

Une observation de Bosc montre que cette complication peut même se produire in utero et est une cause de mort du fœtus. Voici le résumé de ce cas :

OBSERVATION I

Bosc (de Montpellier). Société biologique, 1906, page 630.

Il rapporte un cas de méningo-encéphalite diffuse de la syphilis héréditaire.

Fœtus à terme, les méninges molles sont épaissies, congestionnées, tenant à la surface du cerveau qui est luisant, de teinte hortensia.

Macroscopiquement : méningo-encéphalite subaiguë diffuse.

Histologiquement : prolifération diffuse des méninges et des vaisseaux. Il peut donc exis'er dans les syphilis héréditaires graves une méningo-encéphalite diffuse subaiguë caractérisée par une néoformation conjonctivovasculaire développée aux dépens des cellules fixes.

Notons que c'est à neuf mois que survient la méningo-encéphalite de Mahot et Barthélemy.

La méningite peut-elle être tardive dans la syphilis héréditaire ? Parmi les observations que nous avons résumées, celle de Dorendorff seule en serait un exemple ; or l'hérédo-syphilis n'est pas rellement démontrée dans ce cas.

Gilbert Ballet et A. Barbé (*Revue Neurologique*, 1908, p. 339) nous parlent de d'un jeune homme de 18 ans,

observé en ville: ce malade, hérédo-syphilitique, présente des accidents méningés aigus que l'on serait avait pas cette notion de spécificité héréditaire jointe à l'influence thérapeutique manifeste du traitement hydrargirique ». Nous ne nierons pas le fait: seulement il s'agit d'une assertion et non d'une observation complète.

Donc, si nous nous en rapportons aux faits publiés avec des détails suffisants, nous dirons : la méningite aiguë est un accident démontré de la *syphilis héréditaire précoce*; il est possible qu'elle soit aussi parfois un accident tardif, mais le fait ne paraît pas jusqu'ici absolument démontré.

2° *Syphilis acquise*. — En examinant les observations de notre premier groupe, c'est-à-dire celles qui nous servent de base d'étude, nous voyons que la précocité de la méningite est parfois extrême.

Dans le cas de Vidal de Cassis, le malade est en plein chancre. Dans celui de Boidin et Weil, le chancre passe inaperçu, mais la méningite préroséolique semble avoir débuté trente jours environ après le début du chancre. Dans le cas de Malloizel et Nathan, la méningite survient deux mois et demi après le chancre. Le malade de Sicard et Roussy a une première atteinte trois mois après le chancre, une seconde mortelle sept mois après. Celui de Queyrat prend ses phénomènes méningés trois mois et demi après l'accident primitif. Celui de Sommer, quatre mois; Hoffmann, cinq mois; Gilbert Ballet, six mois; Bonnet, six mois; Mauriac, sept mois; Debove, huit mois; Gaillard et d'Oelnitz, onze mois; Oettinger et Hamel, onze mois. Dans les cas de Suchy, Gaucher et Malloizel, Magne, les accidents méningés surviennent un an après le chancre: dans le cas de Porot, quinze mois; Kronig, quinze mois.

Il nous est impossible de donner une date pour le cas de Laubry et Giroux; mais cette légère périostose disparaissant si vite par le traitement est un fait qui n'est pas rare dans la syphilis secondaire.

Ainsi donc, dans toutes les observations en question la méningite fut *un accident très précoce*.

Si, maintenant, nous considérons les observations que nous avons classées à la suite de nos cas probants, nous voyons que, là aussi, il y a une série de cas précoces : tels sont ceux de Crouzon, trois mois; Finkelburg, six mois, etc., Si nous cherchons les cas d'apparition tardive, nous trouverons ceux d'OEttinger et Hamel, sept ans; Poncet, Claisse et Joltrain, neuf ans; Bensaude et Rivet, dix ans. Or il est à remarquer que, de tous ces cas, aucun ne présente le véritable syndrome méningite aiguë; le tableau clinique était plutôt celui de tumeur, de gommes, ou bien encore le diagnostic en est discutable.

La malade de Poncet n'a pas le tableau de la méningite; on peut même sérieusement songer à l'hystérie. Dans le cas d'OEttinger et Hamel, à aucun moment l'on n'a le syndrome méningé typique, ce qui domine c'est une hémiplégie ayant débuté par des convulsions des membres correspondants.

De même, dans le cas de Claisse et Joltrain, nous trouvons des symptômes faisant penser à une tumeur cérébrale. Tout ce que l'on peut dire c'est qu'il peut y avoir des symptômes inflammatoires surajoutés.

Le cas de Bensaude et Rivet donne tous les signes de tumeur ou de plaques gommeuses avec le type d'épilepsie jacksonienne. Dans ces cas tardifs, nous rappellerons le fameux cas de Bouchard, la date de l'infection est in-

connue, mais l'autopsie montre des gommès de la face externe de la dure-mère.

Ainsi donc, *nous ne connaissons pas de fait probant de méningite aiguë survenant à une période tardive de la syphilis.*

Boidin et Weil, leur élève Raoul de Coux, puis, plus récemment, OEttinger et Hamel, ont distingué des formes secondaires et tertiaires. Ce que nous venons de voir nous montre que cette division ne saurait être conservée. La méningite aiguë diffuse se voit toujours dans une syphilis relativement récente. Les accidents encéphaliques tardifs ne revêtent jamais, semble-t-il, cette forme : ce qu'on voit alors, ce sont des accidents plus localisés, rappelant plutôt ceux de tumeurs, et liés probablement à des plaques gommeuses, des artérites, etc.

Cela n'a d'ailleurs rien pour étonner, que la méningite aiguë diffuse soit une manifestation de la syphilis jeune, c'est-à-dire de cette période où cette maladie se manifeste avec prédilection par des accidents diffus et se comporte à la manière d'une véritable maladie infectieuse.

LE MALADE

Nous venons d'étudier les facteurs étiologiques touchant le virus, voyons maintenant le terrain.

Si nous trouvons surtout l'âge adulte de 18 à 35 ans dans nos observations, c'est que c'est l'âge où l'on contracte le plus fréquemment la syphilis.

Classiquement, il est admis que *le sexe masculin* prédispose à la syphilis cérébrale. Trois de nos observations seulement concernent des femmes : Gaillard et d'OElnitz, Laubry et Giroux, Gilbert Ballet et A. Barbé. Il ne sem-

ble donc pas douteux que l'homme soit plus prédisposé à la méningite syphilitique.

En dehors de cela, est-il *quelques facteurs* à incriminer ? On connaît toutes les conditions favorables qui ont été invoquées pour la syphilis nerveuse. Nous avons soigneusement recherché les tares qui pouvaient expliquer cette localisation de la syphilis. Malheureusement, nous n'avons pas trouvé de renseignements précis à ce sujet. Si nous pouvons dire qu'il n'est pas impossible d'invoquer comme facteurs étiologiques une certaine prédisposition nerveuse par tare nerveuse héréditaire, par alcoolisme, impaludisme, intoxication chronique, nous ne pouvons l'appuyer sur aucun fait.

Il est possible que l'alcoolisme puisse être une cause favorisante; l'influence néfaste de l'alcool est classique tant pour la syphilis que pour le système nerveux : « L'alcool et la vérole font mauvais ménage » avait déjà dit Baerhave. Plus tard, Fournier dira : « L'alcool dirige l'action de la syphilis sur les centres nerveux. » Mais nos observations ne démontrent nullement que l'alcoolisme joue un rôle important dans l'étiologie de la méningite. L'impaludisme a été aussi invoqué. Si nous ne le trouvons pas dans nos cas typiques, on le voit mentionné dans l'observation de Claisse et Joltrain.

L'intoxication saturnine qui, pour son propre compte, est capable de produire des accidents cérébraux graves, peut jouer un certain rôle prédisposant. Le malade de Boidin et Weil exerce la profession d'imprimeur et a un liséré de Burton net. Dans les cas à syndrome moins net, nous relevons le saturnisme dans ceux de Hayem et Bensaude, d'Oettinger et Hamel (premier cas).

Dans nos observations, il ne semble pas que nous ayons à incriminer le surmenage intellectuel. Nous n'avons aucun renseignement sur l'existence de chagrins, émotions ou traumatismes crâniens pouvant déterminer une localisation de la syphilis au niveau des méninges.

CHAPITRE III

Symptomatologie

Elle peut s'installer *d'une façon bruyante et brusque*. C'est au cours d'une syphilis grave, mais sans accidents nerveux, que le malade de Debove a brusquement un ictus apoplectiforme suivi de frissons, d'une fièvre à 39°2, de délire; le lendemain, le syndrome méningé est net. Sicard et Roussy nous disent que leur malade, en plein traitement, prend une méningite aiguë à début relativement brusque. C'est aussi en plein traitement que le malade de Suchy prend brusquement de violents maux de tête et de violentes douleurs dans les yeux. Gaucher et Malloizel mentionnent que chaque poussée d'efflorescence est accompagnée d'un symptôme méningitique brusque.

Mais, *en général, ce n'est que peu à peu* que s'installe le syndrome méningé: il y a une période prémonitoire.

A. — PÉRIODE PRODROMIQUE

Le plus souvent, la méningite syphilitique aiguë est précédée de phénomènes avant-coureurs. Sur 16 cas, où les malades ont été suffisamment suivis, nous trouvons mentionnée cette période prodromique 12 fois. Ce sont les cas de Bonnet, Mauriac, Hoffmann, Porot, Gaillard, Kronig, Boidin et Weill, Magne, Laubry et Giroux, Gil-

bert Ballet, Queyrat, Oettinger et Hamel. Au contraire, dans les 4 cas de Debove, Sicard et Roussy, Suchy, Gaucher et Malloizel, le début est brusque.

Le premier symptôme dominant tous les autres à cette période est *la céphalée*, qui a tous les caractères de la céphalée syphilitique; c'est une douleur profonde semblant résider dans le contenu de la boîte crânienne. Généralisée le plus souvent, elle a cependant des points maxima de localisation : le front, les tempes, l'occiput; parfois simple lourdeur, elle subit des exacerbations, avec élancements, elle peut devenir atroce, jusqu'à pousser le malade au suicide. Elle a en général des exacerbations nocturnes et est rebelle aux médicaments nervins.

Cette céphalée a-t-elle des caractères spéciaux pouvant faire penser à un début de méningite syphilitique ? Elle semble plus intense, plus persistante, plus rebelle au traitement mixte; souvent de très longue durée, un, deux mois, elle peut être continue ou, au contraire, intermittente, souvent remplacée dans ce cas par d'autres manifestations, ainsi qu'on le voit dans l'observation de Labry et Giroux. Le malade de Mauriac garde une céphalée vive et persistante pendant un mois et qui ne cède pas au traitement mixte. Celui d'Hoffmann a une céphalée violente pendant un mois. Celui de Porot garde des céphalées violentes à exacerbations nocturnes six semaines avant ses phénomènes méningés. Celui de Gaillard et d'Oelnitz souffre sans cesse pendant quatre jours d'une céphalée atroce. Le malade de Sicard et Roussy a, quatre mois avant sa méningite, une céphalée intense avec vertiges et vomissements passagers, si bien que l'on peut déjà considérer cet état comme dû à des accidents méningés.

. Le malade de Boidin et Weill souffre pendant trois semaines d'une céphalée frontale vive à maximum nocturne. C'est en plein traitement que survient la céphalée de Magne. Elle était continuelle avec de courts accès aigus. La céphalée de la malade de Laubry et Giroux dure deux mois.

La céphalée signalée par G. Ballet et A. Barbé est des plus intéressantes. Elle débute avec la roséole, elle est calmée, sans toutefois disparaître, par un traitement mixte. Elle persiste deux mois et ne cède qu'après 60 injections de biiodure de mercure. La malade d'Oettinger et Hamel souffre dix jours d'une céphalée vespérale pénible.

A côté de la céphalée, nous signalerons la *rachialgie*, traduisant la participation des méninges rachidiennes. Elle est très nettement signalée dans les cas de Laubry et Giroux, existant tantôt avec la céphalée, tantôt alternant avec elle. Parfois simple douleur lointaine, elle devient intense et s'accompagne de douleurs irradiées aux membres inférieurs.

L'*insomnie* est loin d'être rare. Il s'agit là de l'insomnie syphilitique vraie. Dans bien des cas elle ne prive pas complètement le malade de sommeil. Cette insomnie syphilitique est bien connue depuis longtemps. Milian, Schoull y ont récemment insisté. Ce dernier auteur a même montré l'importance extrême qu'il peut y avoir à reconnaître la nature syphilitique de cette insomnie, premier symptôme de manifestations plus sérieuses, à localisations cérébro-méningées. C'est elle qui existe dans le cas de Magne où les céphalées étaient moyennes.

L'*asthénie motrice*, l'affaiblissement musculaire, peu-

vent être très marqués. Tel est le cas de Porot où le malade présenta une asthénie croissante pendant six semaines.

Les *troubles intellectuels*, les modifications de caractère, la tristesse, les fureurs par accès, semblent assez exceptionnels dans nos observations, sauf la stupeur qui accompagne les céphalées intenses. La malade d'Oettinger, pourtant, présente du délire; celui de Queyrat de l'abattement. Dans nos observations discutables comme diagnostic, de Pic et Regaud, Hayem et Bensaude, Widal et Le Sourd, ces troubles de l'intelligence, ces modifications du caractère sont, au contraire, assez marqués.

Un *malaise général* avec céphalée, picotement des yeux, abattement, nausées, est notée dans l'observation de Queyrat.

Des *vertiges*, des bourdonnements d'oreille, sont notés dans les cas de Sicard et Roussy, de Laubry et Giroux, et dans ceux discutables de Brissaud et Brecy, Hayem et Bensaude, Claisse et Joltrain.

Les *vomissements* sont assez fréquemment signalés : ils sont passagers, intermittents, présentant tous les caractères des vomissements cérébraux, mais parfois restent à l'état de simples *nausées*.

Ils peuvent persister pendant plus ou moins longtemps. Dans notre observation personnelle, ils existaient depuis quinze jours. Le malade de Sicard et Roussy, celle de Laubry et Giroux eurent des vomissements passagers et des nausées; il en est de même dans le cas discuté de Widal et Le Sourd.

Mais, en somme, avec l'apparition des vomissements on quitte la période prodromique.

Parfois, chez les enfants surtout, on pourrait avoir des phénomènes oculaires passagers, des paralysies transitoires.

Quelle est la *durée de cette période prodromique* ? Elle est très variable. Réduite à rien dans les cas à début brusque, elle peut s'étendre de quatre jours à deux mois et plus. Elle a été de quatre jours dans le cas de Gaillard et d'OElnitz; huit jours dans celui d'OEttinger et Hamel; quinze jours environ dans notre observation personnelle. Boidin et Weill, Queyrat, G. Ballet et A. Barbé; un mois dans le cas de Mauriac; un mois et demi dans celui de Porot; deux mois dans ceux de Kronig, Laubry et Giroux.

En résumé, si parfois la méningite syphilitique aiguë a un début brusque et se manifeste d'emblée par un syndrome complet, le plus souvent elle est précédée par une période prémonitoire.

Celle-ci est de durée variable, de quelques jours à deux mois.

Elle est surtout caractérisée par une céphalée profonde à exacerbations nocturnes, permanente, intense, rebelle aux médicaments antinervins, souvent même au traitement mixte. Comme autres symptômes, on peut trouver de la rachialgie, des vomissements, de l'insomnie, de l'asthénie motrice, des troubles cérébraux avec modification du caractère, stupeur, délire passager, un état de malaise général, des vertiges, des bourdonnements d'oreille.

Dans le cas où cette période est longue, on peut avoir des intermittences avec rémissions de un ou plusieurs symptômes.

Il faut convenir qu'il n'y a là rien de bien caractéristi-

que. Toutefois, surtout lorsque l'on a la notion de syphilis récente en présence de ce groupe de symptômes, il y a lieu de songer à la possibilité d'une méningite syphilitique aiguë.

Aussi faut-il instituer immédiatement un traitement énergique dans ce sens. Il pourra souvent arrêter l'évolution de l'infection et empêcher la période d'état. C'est là ce qui peut justifier l'opinion de Neumann que « tous ces symptômes si confus marquant la phase initiale de la méningite syphilitique aiguë peuvent durer jusqu'à la fin sans changer de caractères et constituer toute la maladie ». Mais en général le cortège symptomatique se systématisé et se complète et la période d'état se trouve constituée.

B. — PÉRIODE D'ÉTAT .

Le tableau est celui des autres méningites (tuberculeuses, infectieuses), puisque, par définition, nous avons pris pour objet d'étude les cas réalisant ce syndrome.

Mais il importe d'examiner en détail les symptômes présentés par les malades. Pour ce faire, nous ne chercherons pas à décrire successivement une période d'excitation, de transition, de dépression; cela est trop artificiel, car il s'en faut que ces divisions soient toujours bien accusées.

Il nous paraît préférable de faire une étude analytique des symptômes rencontrés. Ensuite, dans une étude synthétique, nous verrons comment ils se groupent pour constituer les différentes formes cliniques.

1° *Etude analytique.*

Nous retrouvons exagérés les symptômes de la période prodromique. La céphalée, les vomissements s'accroissent; il s'y adjoint la constipation. L'on a dès lors le trépied méningitique.

a) LE TRÉPIED MÉNINGITIQUE. — *Céphalalgie.* — Elle reste un des signes les plus constants de la méningite syphilitique aiguë. Elle est intense, paroxystique, exagérée par le bruit, la lumière, les mouvements; elle a des maximums vespéraux et nocturnes. Elle persiste longtemps, mais elle s'atténue cependant par un traitement mixte. Nous retrouverons cette céphalée avec tous ses caractères dans les observations de Bonnet, Mauriac, Hoffmann, Debove, Sicard et Roussy, Porot, Kronig, Suchy, Gaucher, Boidin, Magne, Laubry, Ballet, Queyrat, Oettinger.

La *rachialgie*, traduisant la participation des méninges rachidiennes, existait dans notre cas personnel et dans celui de Laubry et Giroux.

Les *vomissements* sont notés dans la plupart des observations; ils ont les caractères des vomissements cérébraux. Parfois, ces vomissements ne sont pas très répétés; plusieurs de nos malades n'en ont eu que passagèrement et en très petit nombre. D'autres fois, ils sont incessants, au moins pendant quelques jours (Hoffmann). Le malade de Mauriac eut des vomissements jusqu'à la guérison, c'est-à-dire pendant un mois et demi.

Parfois, ils constituent un signe de début, précédant de plus ou moins loin les autres symptômes (obs. personnelle, Sicard et Roussy, Laubry et Giroux).

Le plus souvent, ils apparaissent avec les autres symptômes de la période d'état : Mauriac, Porot, Gaucher et Malloizel, Boidin et Weill, OEttinger et Hamel.

La *constipation* est mentionnée dans les observations de Mauriac, Ravaut et Darré, Gaucher et Malloizel, Boidin et Weill, Laubry et Giroux, Queyrat, OEttinger et Hamel et notre observation personnelle. Dans plusieurs, on ne précise pas s'il y avait ou non de la constipation; peut-être les auteurs ne la mentionnent-ils pas à cause de la banalité du symptôme. Il y a eu de la diarrhée transitoire dans le cas de Debove.

Le *ventre en bateau* est signalé par Ravaut et Darré, Magne, Mauriac, Queyrat, Boidin et Weill. Dans plusieurs observations on n'en parle pas; son absence est spécifiée dans le cas de Gaillard et d'OElnitz.

En somme le trépied méningitique se retrouve avec ses caractères classiques dans la méningite aiguë syphilitique.

Parmi les signes de méningite, il est deux phénomènes, de même ordre que les contractures, semble-t-il, dont la constatation est capitale : ce sont la *raideur de la nuque* et le *signe de Kernig*. Que sont ces symptômes dans la méningite aiguë syphilitique ?

La *raideur de la nuque*, quoi qu'en aient dit OEttinger et Hamel, dans un récent article, est très fréquente. Nous croyons que, recherchée avec soin, pendant toute la durée de la période d'état, elle doit exister d'une façon presque constante; dans leur observation, son absence est notée tout à fait au début, mais on n'en reparle pas à la période d'état.

Elle est plus ou moins accusée, plus ou moins dou-

loureuse; elle peut être légère, permettant encore quelques mouvements de rotation de la tête, ou, au contraire, intense, immobilisant cette dernière (Bonnet, Debove); elle peut, dans certains cas (Ravaut et Darré), s'accompagner d'un véritable opisthotonos. Elle peut survenir dès le début de la période d'état, persister pendant toute sa durée (Bonnet, Boidin), ou, au contraire, s'améliorer rapidement par le traitement; ou ne survenir que dans la période terminale (Suchy), quoique dans les cas mortels on la voit en général disparaître dans les derniers jours de la maladie.

Cette raideur de la nuque est nettement signalée dans les cas de Kronig, Ravaut et Ponselle, Suchy, Gaucher et Malloizel, Queyrat, Debove, Gaillard et d'OElnitz, Sicard et Roussy, Ravaut et Darré, Boidin et Weill, Magne, Laubry et Giroux, G. Ballet et A. Barbé, et dans notre observation personnelle.

Le *signe de Kernig* paraît être sensiblement constant. Dans plusieurs observations, sa recherche n'est pas signalée, ce qui ne veut pas dire qu'il n'existait pas, d'autant que quelques-unes datent d'une époque où on ne le cherchait pas. Dans toutes celles où on l'a cherché, on l'a trouvé : Debove, Gaillard et d'OElnitz, Sicard et Roussy, Ravaut et Ponselle, Boidin et Weil, Magne, Laubry et Giroux, Queyrat, G. Ballet et Barbé, Bonnet. Une seule fait exception, celle d'OEttinger et Hamel; mais, comme pour la raideur de la nuque, cette absence est notée tout à fait au début; sa recherche n'est pas mentionnée à une période plus avancée de la maladie.

b) TROUBLES DE L'INTELLIGENCE. — Les *troubles psychiques* sont constants. Ils se traduisent soit par des phéno-

mènes d'excitation, soit par des phénomènes de dépression.

L'état de stupeur, de somnolence, d'obnubilation est le plus fréquent. Il fait parfois songer à l'état typhique.

Dans notre cas, on note une obnubilation très marquée; le malade ne répond presque pas aux questions. Celui de Mauriac a une « stupeur, une somnolence, un état typhique, une hébétude de la physionomie » intense au milieu de laquelle il est frappé « d'une sorte d'attaque apoplectiforme avec perte de connaissance complète, qui fut suivie d'une somnolence de quarante-huit heures. Sa stupeur typhoïde s'élève quelquefois jusqu'à une dépression, une abolition presque complète de toutes les fonctions cérébrales » et cet état dure près d'un mois. Sommer, Debove, Porot, notent aussi cette stupeur. Le malade de Sicard et Roussy présente une prostration terminale. Celui de Kronig a divers troubles psychiques, il est las, indifférent, inquiet; à une seconde rechute il est fortement obnubilé, ne répond plus aux questions, parle avec confusion, est agité. Celui de Magne a de longues somnolences d'où l'on ne peut le tirer.

Dans cet état de stupeur, le malade prend un habitus spécial, avec un regard indifférent, étonné, il se couche en chien de fusil, fuyant la lumière, n'aimant pas à être dérangé, répondant mal aux questions posées, soit d'une façon brève et saccadée, parfois embarrassée, soit avec confusion des idées; cette forme n'est pas rare.

Délire. — Tantôt le délire est léger, comme dans les cas de Queyrat et Demanche, Laubry et Giroux, G. Ballet et A. Barbé. D'autres fois, au contraire, c'est un délire plus marqué, violent, délire d'action. Le malade de

Porot présente un délire qui s'accompagne de perte de connaissance. Malgré d'assez fortes doses de chloral, la malade de Gaillard est très agitée, a du délire d'action dont elle sort avec une amnésie complète de tout ce qui s'est passé avant la crise. Le malade de Kronig, très excité, se dresse sur son lit. Celui de Suchy est un agité qui « court autour de sa chambre comme un fou et pousse des cris », qui a une confusion complète des idées, il ne reconnaît plus ses infirmiers, boit son gargarisme, se souille les mains de ses matières. Celui de Boidin et Weil a un délire d'action et de parole ni onirique ni systématisé. Celui d'Oettinger et Hamel présente un délire incohérent.

Dans la majorité des cas, le délire est assez doux, tranquille et rarement continu.

Nous venons de mentionner, au cours de ces troubles cérébraux chez deux malades (Debove, Mauriac), des *pertes de connaissance* brusques, véritables attaques apoplectiformes. Parfois l'abolition des fonctions psychiques se produit plus lentement et le malade entre dans le coma, qui existe constamment à la période de terminaison des cas mortels; mais il peut se trouver aussi au cours de cas qui ont guéri (cas de Porot).

Les troubles psychiques sont plus ou moins accentués, suivant les observations. Parfois ils peuvent prédominer et en particulier le cas de Suchy peut être considéré comme une *forme psychique, délirante* dans toute la durée de son évolution.

c) TROUBLES MOTEURS. — Les *troubles de la motilité* sont loin d'être constants. Les deux ordres de phénomènes d'excitation et paralytiques peuvent être relevés.

Les phénomènes d'excitation se révèlent tantôt par des convulsions cloniques, tantôt par des contractures.

Les *convulsions* sont généralisées ou partielles. Des accès convulsifs sont signalés par Sommer, Gaillard et d'Oelnitz, Ravaut et Ponselle, Ravaut et Darré, Suchy, Kronig. Elles sont plus fréquentes chez les enfants que chez l'adulte, car nous les rencontrons dans les 2 cas infantiles de nos observations (Ravaut et Ponselle, Ravaut et Darré).

Les *contractures*, en dehors de la raideur de la nuque, que nous avons signalée, sont assez rares.

Les phénomènes *paralytiques* ne sont pas non plus très fréquents. Les plus communs sont ceux des muscles de l'œil; ils sont étudiés plus loin à propos des manifestations oculaires.

Il y a plus souvent des parésies que des paralysies vraies. Celles-ci sont éphémères, siégeant le plus souvent dans le domaine des nerfs crâniens. Le malade de Mauriac n'avait que de la faiblesse des membres inférieurs sans paralysie vraie, mais sa démarche était titubante et chancelante comme celle d'un homme ivre.

Celui de Sommer avait de la parésie de la langue et des membres inférieurs. Celui de Porot de la faiblesse des membres avec des paralysies oculaires. Ceux de Kronig, Magne, Sicard et Roussy avaient des paralysies faciales et même celui de Sicard présentait, à la période terminale une hémiplégie que des lésions de la sylvienne expliquèrent.

En résumé, dans les méningites aiguës syphilitiques diffuses, contrairement aux opinions de Raoul de Coux, d'Oettinger et Hamel, les paralysies peuvent se rencon-

trer. Elles n'ont cependant pas la fréquence que leur donne Drouet.

Nos divergences avec ces auteurs viennent de la critique que nous avons faite des observations publiées comme méningites syphilitiques aiguës diffuses. Aussi trouvons-nous dans les observations peu probantes ou discutables, mais admises par les auteurs qui nous ont précédé, les accès convulsifs (localisés surtout), les contractures et les paralysies. Les phénomènes épileptoïdes sont mentionnés par Hayem et Bensaude, Claisse et Joltrain, Bensaude et Rivet, Teissier et Roux, par Dorendorff, où nous trouvons des contractures accusées.

Il y a des paralysies dans les cas de Pic et Régaud, Claisse et Joltrain, Hayem et Bensaude. Elles sont de règle dans les cas que Raoul de Coux considérerait comme des méningites tertiaires; mais ce sont des cas de gommes localisées, et non des méningites diffuses.

d) SYMPTOMES OCULAIRES. — Ils sont assez fréquents et portent soit sur la musculature externe de l'œil, soit sur l'œil lui-même.

Du côté de la *musculature externe*, le phénomène le plus fréquent est le strabisme avec diplopie. Le malade de Mauriac avait de la déviation des yeux, avec fixité du regard; celui de Sommer de la diplopie; celui d'Hoffmann du ptosis de la paupière droite; celui de Porot de la diplopie, du ptosis gauche, une paralysie du moteur oculaire externe; les observations de Gaillard, Sicard et Roussy, Magne accusent du strabisme intermittent; Ravaut et Darré, Laubry et Giroux du ptosis. C'est donc 9 cas sur une vingtaine d'observations où sont notés des paralysies oculaires. La syphilis semble avoir une pré-

dilection toute particulière pour ces localisations. Nous n'insisterons pas à nouveau sur le caractère transitoire, incomplet de ces paralysies.

L'œil lui-même est souvent touché, nous ne reviendrons pas sur son hyperesthésie fonctionnelle, la *photophobie* que nous avons mentionnée dans l'habitus du malade.

Le syndrome *pupillaire* est variable. En myosis dans le cas de Mauriac, il y avait de la mydriase dans les cas de Sommer, Hoffmann, Porot, Suchy; de l'inégalité pupillaire dans ceux de Kronig, Boidin et Weill, G. Ballet et A. Barbé.

Les réflexes sont un peu modifiés. Les pupilles sont paresseuses généralement aussi bien à l'accommodation qu'à la lumière, les réactions sont lentes (Hoffmann, Porot, Suchy, G. Ballet), paresse qui peut aller jusqu'à l'abolition pour la lumière (Hoffmann), sans véritable dissociation. Toutefois, il faut signaler le cas d'Oettinger et Hamel avec une ébauche d'Argyll Robertson.

La *vision* peut présenter quelques troubles. Le malade de Suchy y voit d'abord mal, puis « voit tout sombre pendant quelques instants et parfois il existe des obscurités dans son champ visuel ». Magne signale de l'amblyopie.

L'*examen du fond d'œil* n'est mentionné que dans 4 observations (Kronig, Suchy, Gaucher et Malloizel, Hoffmann).

Dans un premier examen, Kronig note : « A droite, le fond de l'œil est tout à fait clair, les artères sont très visibles, les papilles à bords nets. » Un peu plus tard : « à droite, un gonflement de la moitié de la papille du côté temporal, les bords sont flous. Il y a manifestement une coudure des vaisseaux réiniens à leur passage sur la pa-

pille. » Plus loin encore : « Aux deux yeux, surtout à droite, les limites de la papille sont fortement floues; à gauche, la moitié temporale de la papille est de coloration blanchâtre, à droite, les vaisseaux sont fortement sinueux à leur passage sur la papille.

Suchy a noté : « Les papilles des deux côtés sont rouge vil, mal limitées, la coloration rouge vil est interrompue par des taches blanches. Les artères sont fortement gorgées de sang, les veines de même. Il n'y a pas de plissement apparent des vaisseaux au bord de la papille. Il y a donc des deux côtés une névrite optique. »

Hoffmann a vu, chez son malade, de la stase papillaire, Gaucher de la papillite inflammatoire.

e) POULS ET RESPIRATION. — Le *pouls* est parfois indiqué normal ou rapide. Dans notre cas personnel et dans ceux de Magne, Queyrat, et Boidin et Weil, il y a du ralentissement (Bonnet, 48 pulsations; Queyrat, 55; Magne, 48; Boidin, 55). La plupart des observations sont muettes au sujet du pouls. Il est donc impossible de dire si cette altération du pouls est un fait fréquent ou rare.

Parmi les observations de méningites probablement syphilitiques, relevons celle de Dorendorff, où on avait une température de 40° et le pouls était à 72, c'est-à-dire une dissociation classique.

Respiration. — Nous n'avons que peu de chose à en dire, car les observations ne précisent guère ce point. Chez le malade de Débove seul, il y avait de la dyspnée; chez celui de Magne, de l'arythmie respiratoire.

f) RÉFLEXES, SENSIBILITÉ, RÉSERVOIRS, VASOMOTEURS. —
Réflexes. — Les réflexes tendineux et cutanés sont varia-

bles. Cependant Kronig, Magne, Laubry et Giroux, Porot, Queyrat ont constaté de l'exagération des réflexes rotuliens. Boidin, au contraire, a signalé leur abolition. Laubry et Giroux, Queyrat et Porot ont mentionné de la trépidation épileptoïde. Le Babinski existait dans les cas de Laubry et Giroux, Malloizel et Nathan, Magne.

Dans bon nombre de cas, l'état des réflexes n'est pas indiqué.

Troubles de la sensibilité et troubles sensoriels. — Nos observations sont peu explicites sur ce point, en dehors des troubles oculaires que nous avons signalés. Il est certain qu'au cours de la méningite syphilitique aiguë on a des hyperesthésies douloureuses. Quelques-uns de nos malades criaient dès qu'on les touchait. L'anesthésie semble avoir été peu recherchée.

Troubles des sphincters. — Les paralysies et les contractures que nous avons signalées peuvent se manifester du côté des réservoirs et de leurs sphincters. C'est ainsi que l'on note de l'incontinence des matières dans les cas de Bonnet, Debove, Suchy; de l'urine dans les deux derniers. Par contre celui de Bonnet a présenté une rétention qui a nécessité des sondages évacuateurs; cette rétention s'est prolongée assez longtemps.

Troubles vasomoteurs. Raie méningitique. — Les alternatives de rougeur et de pâleur signalées dans les autres méningites aiguës doivent sans doute exister, mais nos observations sont muettes sur ce point. La raie méningitique est mentionnée dans le cas de Gaillard et le nôtre. Recherchée par Boidin, Magne, elle fut absente.

g) FIÈVRE. — La question de la température au cours des méningites syphilitiques aiguës est une des plus in-

Intéressantes à envisager au point de vue clinique. On sait qu'elle s'est posée d'une façon générale pour la syphilis cérébrale. Que résulte-t-il de la lecture de nos observations ? A notre grand regret, nous n'avons pu reconstituer les courbes complètes de la température, du pouls et de la respiration chez nos malades. Cependant, les éléments donnés sont suffisants pour nous permettre de porter quelques affirmations.

Nous voyons qu'à un moment donné de son élévation la méningite syphilitique aiguë s'accompagne presque constamment de réactions thermiques marquées. Notre malade eut 39°5 vers le milieu de la période d'état. Celui de Mauriac, au début de la période d'état, a une « fièvre assez vive, mais fugace et irrégulière ». Sommer note que dans la méningite syphilitique il y a de la fièvre, mais qu'elle est moins intense que dans d'autres méningites. Dans le cas de Debove, le début brusque se fait par une fièvre de 39°2 qui persiste les jours suivants avec grandes oscillations (T. M. 37°5, T. V. 39°6) et qui, dans les jours suivants, tombe à 38°3. Pendant trois jours le malade de Gaillard et d'OElnitz à 39°4-39°7. Kronig indique que « la fièvre, malgré quelques fortes exacerbations et rémissions, se maintient entre 37°8 et 38°4. » Suchy ne mentionne qu'un état subfébrile; Gaucher des poussées légères; Magne un 38 vers la fin; Laubry, 38°1; G. Ballet indique sans préciser que la température augmente jusqu'à la mort. Queyrat donne 38° et 39°. OEtlinger et Hamel 38°3; le malade de Porot atteint 40°.

La température est irrégulière le plus souvent, rarement en plateau. Elle se présente avec des alternatives d'exacerbation et de rémission; elle n'a pas de type dé-

fini, débute le plus souvent brusquement, tombe de même ou progressivement. Elle dure peu en général.

En résumé, on peut dire que la fièvre est un symptôme presque constant de la méningite syphilitique aiguë. C'est une proposition qui n'a pas toujours été admise et d'une façon générale elle est plutôt considérée comme exceptionnelle. Avec Fournier, il est classique de donner l'absence de fièvre comme caractère distinctif de la syphilis cérébrale. C'est l'opinion de Gachkiewicz, bien qu'il ait rapporté une observation de méningite syphilitique aiguë avec 39°. Dans la suite tous les classiques sont d'accord sur cette grande importance diagnostique (Lamy, Klippel, *in traités*).

Toutefois, les travaux documentés de Pœtz, et tout particulièrement de Gaud, ont déjà démontré qu'il existait parfois de la fièvre, même assez élevée, dans la syphilis cérébrale, tant dans ses formes méningées que dans les autres.

Ces auteurs, faisant l'histoire de la question, n'ont trouvé que peu à glaner dans les publications antérieures. Heubner, en 1877, dit que l'on trouve des formes de méningites syphilitiques avec délire, abattement du malade et fièvre. Rumpff, pour rare qu'il la trouve, dit qu'elle peut cependant apparaître avec les poussées méningées des premières périodes de l'infection, poussées décrites par Lang et Schnabel. Teissier et Roux, en 1898, signalent cette température venant compliquer la difficulté du diagnostic. D'après eux, « le mouvement fébrile paraît relativement fréquent dans la syphilis méningée, plus rare dans la syphilis artérielle, exceptionnel dans la gomme ».

Gaud, élève de Lannois, fait une étude complète de la

question; il réagit contre cette donnée classique d'apyrexie des lésions cérébrales syphilitiques

Nous ferons remarquer que si cet auteur étudie les lésions cérébrales en général (artérites, etc.), l'observation qui a servi de point de départ à son travail est une observation de méningite; c'est l'observation de Porot.

Depuis, en dehors de Di Porto, Ninot qui invoquent encore l'absence de fièvre pour leur diagnostic, nous trouvons celle-ci généralement admise par les divers auteurs qui ont étudié la méningite syphilitique aiguë (Drouet, etc.).

2° Etude synthétique. Tableau clinique de la méningite syphilitique.

Ainsi que nous venons de le voir, tous les symptômes cliniques rencontrés dans les différentes variétés de méningites aiguës peuvent se retrouver dans la méningite syphilitique aiguë. Mais tantôt tel symptôme est prédominant et tantôt tel autre; le groupement, la succession des phénomènes classiques, la marche de l'affection varient notablement; aussi est-il difficile de tracer un tableau clinique générale de la méningite syphilitique aiguë.

Le plus souvent, elle débute par une période prodromique plus ou moins longue, variable de quelques jours à deux mois. Celle-ci est caractérisée surtout par de la céphalée à type de céphalée syphilitique, de l'insomnie, de l'asthénie; déjà quelques troubles psychiques, de la somnolence, un peu de torpeur et parfois du délire, avec souvent un certain état de malaise général; il peut y avoir quelques vomissements rares. Dans quelques cas, c'est

brusquement qu'éclatent les phénomènes méningés, avec frissons, fièvre intense ou délire (Debove).

L'affection arrive à la période d'état soit brusquement, soit par accentuation des symptômes de la période prodromique. Le malade a l'habitus extérieur des méningitiques. Il est plongé dans un état de somnolence, de torpeur des plus accentués. Il fuit la lumière.

Il prend la position en chien de fusil, souvent pousse quelques cris plaintifs soit spontanément, soit quand on cherche à le tirer de sa torpeur. Son visage exprime l'hébétéude, l'inquiétude, l'angoisse. Il est le plus souvent calme, tranquille, mais vers le soir peut apparaître du délire, en général doux avec, quelquefois, de la carphologie, mais parfois il devient violent avec agitation marquée.

Le malade se plaint surtout de souffrir de la tête. A cette céphalée s'adjoignent généralement des vomissements et de la constipation, et l'on a alors la triade symptomatique au complet. Ce syndrome méningé aigu est complété par la raideur de la nuque, le Kernig et la fièvre, qui fait rarement défaut. D'une façon plus accessoire et des plus variables, on peut alors voir survenir des troubles de la motilité, des contractures, des convulsions, des paralysies. La fréquence des localisations oculaires leur donne peut-être une importance diagnostique.

Comme dans toute méningite aiguë, on peut avoir un état plus ou moins grave, des formes légères ou, au contraire, des formes graves avec accentuation de tous les symptômes, troubles des sphincters, abolition de toutes les fonctions cérébrales, coma et mort.

En somme, ce tableau clinique ne présente rien de spé-

cial et ne donne pas une physionomie particulière à la méningite aiguë syphilitique. Peut-être l'évolution de cette affection va-t-elle nous donner quelques caractères qui nous permettront de la différencier des autres méningites aiguës.

CHAPITRE IV

Marche

1° *Evolution, marche de la maladie.* — La méningite syphilitique peut être dans sa marche aiguë ou subaiguë.

D'une durée de quelques jours seulement parfois, elle peut se prolonger des semaines et même des mois, avec, il est vrai, dans ce dernier cas, des alternatives d'aggravation et de rémission.

Un des cas à évolution la plus rapide que nous puissions mentionner est celui de Gaillard et d'Oelnitz: au quatrième jour d'une céphalée violente, la malade perd brusquement connaissance et présente au complet le syndrome méningé aigu; trois jours après, très grande amélioration avec T. V. 37°; dans la suite, rapide amendement de tous les symptômes. Le cas de Debove est aussi de très courte durée.

La période d'état, après quinze à dix-huit jours de période prodromique est très courte aussi dans le cas de Boidin et Weill: huit jours après l'apparition des vomissements, de la constipation, de la raideur de la nuque, du Kernig, il y a une très grande amélioration; quatre jours après, tout est rentré dans l'ordre, à l'exception des réflexes rotuliens qui resteront encore longtemps abolis.

Dans les cas de Sicard et Roussy, G. Ballet et A. Barbé l'évolution semble avoir été très rapide: mais la terminai-

son fut fatale. Dans notre cas personnel, la période prodromique et la période d'état n'ont pas duré un mois. L'évolution de chaque poussée est courte dans les cas de Ravaut et Darré, Gaucher et Malloizel, mais celles-ci se reproduisent pendant quatre mois et demi dans le premier cas, sept mois dans le second. La poussée aiguë de la malade de Laubry et Giroux dure une quinzaine de jours, mais c'est une période de quatre mois et demi que dure la maladie. Le malade de Mauriac reste en poussée aiguë et subaiguë pendant deux mois et demi.

Dans le cas de Magne, la maladie dure un peu plus de trois semaines et se termine par la mort.

La durée totale est de trois mois dans le cas d'OEltinger et Hamel.

L'évolution de la méningite syphilitique est donc des plus variables dans sa durée et son intensité. Elle peut être courte ou longue, aiguë ou subaiguë. L'évolution peut être régulièrement croissante ou décroissante, ou bien on a des alternatives d'aggravation et d'amélioration très irrégulières. Les symptômes se manifestent d'une façon variable, isolés ou coexistants, souvent alternant les uns avec les autres.

On ne peut retrouver, même dans les cas mortels, la marche cyclique de la méningite tuberculeuse classique; seules les observations de Suchy et de Magne peuvent, de loin, la rappeler. Le malade de Suchy présente d'abord pendant un mois un syndrome méningé aigu, puis il y a une grande amélioration pendant trois semaines, suivie d'une aggravation avec tableau de la méningite à la période paralytique avec mort. On peut de même distinguer trois périodes dans le cas de Magne : une période de tor-

peur, de somnolence qui dure une huitaine de jours; un jour d'euphorie avec température et pouls normaux, intelligence réveillée; et enfin une période terminale où il y a une aggravation progressive des symptômes.

La période d'amélioration, dans le cas de Suchy, était jusqu'à la mort, le résultat d'un traitement antisypilitique énergique.

Une des caractéristiques de l'évolution des méningites syphilitiques qu'on ne retrouve certainement pas aussi fréquemment dans les méningites d'autre nature, est l'allure subaiguë avec *aggravations et rémissions alternantes*, dues à des *poussées successives*. Déjà dans le cas de Sicard et Roussy, nous trouvons cette répétition indiquée. Trois mois après le chancre, le malade présente une céphalée intense accompagnée de vomissements passagers et de vertiges; accidents méningés qui, quatre mois après, sont suivis de la poussée qui entraîne la mort. Le malade de Kronig, en dix mois, fait trois poussées successives dont les deux premières sont peu graves; enfin une troisième avec le syndrome méningé aigu au complet.

L'observation d'OEttinger et Hamel met bien en évidence cette marche avec aggravations possibles dans le cours de l'affection. A l'entrée, le malade est en pleins symptômes de méningite aiguë; quatre jours après, grande amélioration suivie, au bout de quinze jours, d'une nouvelle aggravation et ainsi de suite, par deux fois, le syndrome méningé réapparaît au complet, si bien que le malade a ainsi quatre périodes aiguës en quatre mois.

L'évolution est encore plus curieuse dans les cas de Ravaut et Darré, de Gaucher et Mailloizel. Là, les poussées

méningées sont de courte durée, quelques jours seulement. Dans leur intervalle, la santé paraît parfaite en apparence, mais chaque fois qu'il y a syndrome méningé, celui-ci est aigu complet. Dans le cas de Ravaut et Darré, le petit malade fait cinq crises successives en quatre mois et demi. La malade de Gaucher et Malloizel a eu, jusqu'à l'heure de la présentation, sept poussées méningées.

Nous aurons l'occasion de voir plus loin comment l'évolution peut, dans certains cas, être modifiée par le traitement.

2° *Terminaison.* — Comment se terminent ces méningites syphilitiques aiguës ? Par la guérison souvent et la disparition brusque ou progressive de tous les accidents méningés. Bien des cas cependant sont moins bénins. La mort est particulièrement fréquente chez les hérédos (deux cas de Ravaut et Ponzelle). La mort est survenue aussi chez les malades de Sommer, Sicard et Roussy, Suchy, Magne, G. Ballet et A. Barbé, Malloizel et Nathan. C'est là une forte proportion.

Dans ces cas, la mort survient dans le coma avec aggravation des symptômes de la période d'état. Quelquefois, l'issue fatale est précipitée par une complication, une grosse lésion artérielle, comme dans le cas de Sicard et Roussy.

3° *Formes.* — Il serait artificiel de décrire des formes bien précises et distinctes. Nous venons de voir que l'on peut légitimement considérer des formes aiguës à évolution très rapide, des formes subaiguës, plus longues, plus traînantes, entrecoupées d'ailleurs de périodes aiguës. Mais il y a tous les intermédiaires.

On pourrait aussi, comme il est classique pour toutes les méningites, décrire une forme de « méningite de la convexité » avec phénomènes d'excitation, délire, hyperesthésie généralisée, troubles de l'intelligence, etc.; et une « méningite basilaire » avec paralysie des nerfs moteurs de l'œil, troubles de la vue et forme qui simule la méningite tuberculeuse. Mais, en pratique, les cas sont mixtes.

La méningite syphilitique est souvent à « type cérébro-spinal », la rachialgie traduisant la souffrance des méninges rachidiennes.

Les méningites syphilitiques aiguës des nourrissons méritent une mention spéciale. Nous avons rapporté les cas de Ravaut et Darré, Ravaut et Ponzelle. Elle se traduit avant tout par des convulsions et des contractures. Il est facile de percevoir la tension de la fontanelle antérieure non oblitérée.

CHAPITRE V

Pronostic

Il doit être envisagé au point de vue immédiat et au point de vue éloigné.

Déjà au point de vue *immédiat*, nous ne saurions admettre les opinions trop optimistes de nombre d'auteurs : « On doit rationnellement admettre un pronostic rassurant, puisque la substance cérébrale n'est point altérée; par suite, sous l'influence d'une intervention précoce ou même tardive, on doit espérer s'en rendre maître. » (Neumann.) « Un autre caractère enfin de cette méningite syphilitique est sa curabilité. » (Boidin.) « Même sans traitement, il semble que la méningite aiguë syphilitique soit la moins dangereuse des méningites aiguës et l'un des plus bénins parmi les accidents cérébraux syphilitiques. » Gauthier dit que la guérison est la règle si le traitement est suffisant.

Drouet est moins optimiste. Oettinger et Hamel donnent un pronostic nettement sévère.

De fait, les cas de mort sont fréquents. La terminaison fut mortelle dans les cas de Ravaut et Poizelle, Sommer, Sicard et Roussy, Suchy, Magne, G. Ballet et A. Barbé, Malloizel et Nathan. Cela fait donc 7 morts sur 20 cas, ce qui est une proportion importante.

Dans l'évolution de nos cas probants, nous avons re-

cherché s'il était quelques facteurs de gravité, quelques symptômes cliniques qui pouvaient faire présager la terminaison fatale. Nous n'avons rien trouvé.

Sévère au point de vue immédiat, le pronostic l'est encore au point de vue éloigné.

D'une part, une poussée terminée, une nouvelle peut apparaître malgré le traitement. Le malade de Kronig a eu trois poussées de gravité croissante. Celui de Sicard a une seconde poussée mortelle avec artérite et hémiplegie.

En second lieu, la méningite est parfois suivie, quelque temps après, d'artérite cérébrale.

Chez le malade de notre observation personnelle, quelque temps après la guérison de la méningite, survient un ictus avec hémiplegie droite et tous les symptômes révélateurs d'une artérite. L'hémiplegie ne s'améliora que quatre mois après. Il présenta dans la suite, un an après, malgré le traitement, des phénomènes dysarthriques et parétiques.

Notre observation est très intéressante par le fait de cette complication d'hémiplegie par artérite. Elle nous conduit à dire quelques mots ici des cas où il y a association de lésions méningées et artérielles.

Nous retrouvons cette hémiplegie dans le cas de Sicard et Roussy, où, à l'autopsie, il fut trouvé une lésion grave de la sylvienne gauche. Dans le cas de Malloizel et Nathan, c'est une pareille lésion qui est trouvée. Leur malade, qui présenta de la torpeur, des vomissements, de la céphalée, des paralysies, de la fièvre, deux mois et demi après le chancre, montre, à l'autopsie, des thromboses artérielles multiples et de la méningite étendue de la convexité.

Si on parcourt les observations d'artérites, il n'est pas rare d'y voir une ébauche de scène méningitique avant la paralysie.

Telle est l'observation suivante :

OBSERVATION II (résumée)

(CROUZON, citée dans thèse Dutheil, Paris, 1908, obs. XII.)

Homme de 43 ans, entre dans le service de M. le professeur Dieulafoy, le 2 décembre 1907. Il présente un éruption papulo-tuberculeuse et psoriasiforme confluyente sur le tronc et les membres et au cuir chevelu. Il a eu un chancre du fourreau en novembre 1907.

Ponction lombaire : lymphocytose et quelques polynucléaires. On lui fait 13 piqûres de biiodure.

28 décembre. — Il est assoupi, hébété, répond d'une façon automatique. Il faut le faire manger et a de la peine à déglutir. Pas de vomissements.

29 décembre. — Obnubilation persistante, constipation, légère raideur de la nuque, carphologie.

Les jours suivants état stationnaire. Pas de vomissements.

A ce moment, son liquide céphalo-rachidien présente de la lymphocytose avec mononucléose.

4 janvier. — Hémiplégie droite.

12 janvier. — Mort.

Dans plusieurs observations d'Heubner, on retrouve cette ébauche de scène méningée préhémiplégique. Une observation citée par Gaud (obs. XIV), est très démonstrative : un malade présente de la céphalée, des vomissements, la position en chien de fusil, une température de 38°4, dans la période qui précède les paralysies.

D'autre part, il n'est pas rare de constater à l'autopsie

des artérites syphilitiques précoces, des lésions méningées plus ou moins étendues et parfois diffuses, semblables à celles observées dans les méningites évoluant cliniquement à l'état pur.

Voici trois exemples de ce fait :

OBSERVATION III

(CHARVET, *Revue neurologique*, 30 décembre 1899, page 921.)

Syphilis cérébrale sept mois après l'accident primitif. Oblitération de la sylvienne gauche. Mort en trois jours.

Femme de 22 ans ayant présenté son accident primitif en août 1896. Accidents secondaires multiples et prolongés (plaques muqueuses vulvaires, anales et buccales, lésions psoriasiformes palmaires et plantaires, alopecie étendue, éruption papuleuse). Le 5 février 1897, ictus incomplet avec gêne de la parole se transformant le lendemain en hémiplegie droite complète avec aphasie. Température 39°, rétention d'urine. Le lendemain, coma. Température 39°4. Cheyne Stokes, vomissements. Le 7, mort.

A l'autopsie, à côté de l'artérite avec oblitération de la sylvienne, on a des lésions méningées avec infiltration prédominant sous la pie-mère et autour des vaisseaux.

OBSERVATION IV

(FINKELBURG, *Zeitschrift. für Nervenhe.*, avril 1901, page 296.)

Cas d'affection disséminée des vaisseaux et des méninges, du cerveau et de la moelle dans la période précoce de la syphilis.

Homme de 43 ans. Six mois après le chancre induré, hémiplegie gauche, sans perte de connaissance, qui disparaît en trois semaines.

Deux mois plus tard, céphalées violentes cédant au traitement spécifique.

Quatre mois plus tard hémiplégie droite avec aphasie et mort avec des symptômes de paralysie du pneumogastrique.

Autopsie : lésions cérébrales et médullaires, endartérite et périartrite, méningite de la base des circonvolutions frontales droites.

En résumé : lésions vasculaires disséminées et méningite de la base des circonvolutions frontales droites.

OBSERVATION V (résumée)

(CONSTANTIN, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1906.)

Syphilis cérébrale précoce, artérite du tronc basilaire et foyer de ramollissement protubérantiel; guérison. Artérite de la sylvienne, méningite, mort, autopsie.

L. L., 26 ans. En 1904, syphilis sévère d'emblée.

En juin 1906, hémiplégie gauche. Injection de calomel le 10 juillet 1906.

17 juillet. — Aphasie, état subcomateux, entrecoupé de périodes d'excitation.

18 juillet. — Obnubilation, mouvements convulsifs des membres inférieurs et du bras droit. Exagération des réflexes tendineux. Constipation.

19 juillet. — L'état s'aggrave; à l'assoupissement succède une agitation extrême. Incontinence des urines, constipation opiniâtre. T. 38°4.

20 juillet. — Après une nuit très agitée, T. M. 39°4. Pouls rapide; incontinence des urines; constipation; demi-coma; convulsions dans les membres supérieurs. T. à midi, 39°9; mort à 6 h. 1/2 dans le coma.

Autopsie. — Liquide céphalo-rachidien opalescent, assez abondant. Vaisseaux pie-mériens dilatés, artère basilaire oblitérée. Ramollissement protubérantiel ancien. Sylvienne gauche oblitérée. Méningite granuleuse à très fines granulations à la surface de la pie-mère et abondant précieusement dans la région de la sylvienne.

Ainsi donc, lésions méningitiques et artéritiques sont fréquemment associées. Il faut, par conséquent, tenir compte, pour le présent et pour l'avenir, de cette menace du côté des artères, dans le pronostic de la méningite.

En dehors de ces faits, il est permis de se demander quel est l'avenir du syphilitique qui a eu une méningite aiguë. N'est-ce pas un candidat pour le tabès, la paralysie générale et toutes les affections nerveuses que Fournier a classées sous le nom de parasyphilis ? Nous ne pouvons répondre. Seules les observations ultérieures de malades bien suivis pourront nous donner des renseignements à ce sujet.

Il est assez classique que les méningites syphilitiques des hérédos laissent un état de déchéance intellectuelle qui persiste après la guérison. Fournier nous dit que les enfants deviennent des idiots, des imbéciles.

En tout cas, l'observation de Ravaut et Darré nous permet d'affirmer qu'il y a un gros retard dans le développement psychique ultérieur.

En conclusion, quoi qu'on en ait dit, le pronostic de la méningite syphilitique aiguë est assez sévère au point de vue immédiat, et doit faire faire des réserves au point de vue de l'avenir.

CHAPITRE VI

Le liquide céphalo-rachidien.

Depuis la découverte faite en 1890 par Quinke, la littérature médicale s'est enrichie d'études nombreuses sur la ponction lombaire. Son application au diagnostic de la nature des méningites, à leur pronostic et à leur traitement est, à l'heure actuelle, classique.

Au début l'on eut d'abord en vue les recherches bactériologiques. Par là, en dehors des méningites tuberculeuses et cérébro-spinales épidémiques antérieurement connues, l'on put établir l'existence de toute une série de méningites à agents pathogènes divers, méningites dont l'évolution n'était pas toujours fatale comme celle de la méningite tuberculeuse. Parallèlement, on a fait l'étude du liquide céphalo-rachidien suivant ses différents caractères physiques et chimiques, couleur, limpidité, tension, sédiments, albumine, etc.

Enfin, et surtout, on s'occupa de l'étude cytologique. Les travaux de Widal sur la cytologie des pleurésies tuberculeuses furent le point de départ de toute une série d'études sur la cytologie du liquide céphalo-rachidien dans les méningites. Cette étude du liquide céphalo-rachidien devient désormais un élément de diagnostic précieux. Elle est pratiquée toutes les fois qu'un symptôme

traduit la souffrance du système nerveux, ou même en son absence pour étudier les réactions latentes des méninges et des centres nerveux dans les maladies infectieuses ou dans les intoxications.

La syphilis a tout particulièrement bénéficié de ces recherches. Nous ferons connaître plus loin les résultats qu'elles nous font connaître et les formules que l'on a cru pouvoir en dégager.

Le liquide céphalo-rachidien dans la méningite syphilitique aiguë. Ses altérations et leur valeur.

Le liquide céphalo-rachidien présente-t-il des caractères spéciaux dans la méningite aiguë syphilitique ? C'est ce que nous allons chercher en étudiant les examens pratiqués chez nos malades.

A. — CARACTÈRES PHYSIQUES ET CHIMIQUES

Nos observations sont muettes sur la plupart des caractères du liquide céphalo-rachidien, tels que *densité, point de congélation, hypertonicité, étude chimique*. Ces points seront laissés dans l'ombre, mentionnons toutefois que Boidin, Magne, Queyrat, Di Porto, accusent une augmentation de l'*albumine*. Di Porto et Boidin notent l'absence de réticulum fibrineux, fréquent dans la méningite tuberculeuse. De même nous ne possédons pas de renseignements sur la *perméabilité des méninges*.

L'*hypertension* du liquide est, peut-on dire, la règle. (Bonnet, Kronig, Ravaut et Darré, Ravaut et Ponselle, Magne, Oettinger), elle est même très marquée (Gaucher

et Malloizel), ou bien modérée (Gaillard et d'Oelnitz): dans le cas de Laubry et Giroux elle manque. Elle est d'ailleurs variable et diminue à mesure que la guérison s'effectue.

L'aspect du liquide est variable, le plus souvent il est clair, quelquefois opalescent et même louche ou franchement purulent; nous reviendrons sur ce point.

B. — ÉTUDE CYTOLOGIQUE

C'est surtout à l'étude du cyto-diagnostic que se sont attachés les auteurs.

1° *Formule cytologique.* — En dépouillant les observations, nous trouvons de multiples formules. Pour plus de clarté, nous distinguerons deux groupes suivant l'examen cytologique :

a) Lymphocytose prédominante.

b) Polynucléose prédominante.

Le liquide peut-il être parfois normal ? MM. Roque et Chalié (Valeur diagnostique de l'examen du liquide céphalo-rachidien, *Lyon Médical*, 1908) disent avoir observé un cas de méningite aiguë syphilitique avec liquide normal sans aucune lymphocytose. Nous nous sommes adressé à ces auteurs; ils nous ont déclaré qu'il s'agissait indiscutablement d'un cas de méningite aiguë syphilitique fébrile. Le malade, syphilitique de six mois, présentait, en coexistence avec des efflorescences psoriasiformes, un syndrome méningé complet avec céphalée, raideur de la nuque, Kernig, 40°. D'ailleurs, l'intégrité du liquide céphalo-rachidien ne serait pas particulière à la méningite syphilitique, car dans ces derniers temps il a été publié des cas de méningites aiguës sans modification cellulaire du liquide céphalo-rachidien.

Mais le cas de MM. Roque et Chalier n'ayant pas été publié en détail, nous n'avons pu le ranger parmi les observations détaillées et nettes sur lesquelles nous basons notre travail.

a) La *lymphocytose* est-elle l'état normal dans les cas de méningite aiguë syphilitique ? Elle est nettement indiquée dans les observations de Gaillard et d'OElnitz, Kronig, Gibert Ballet, Sicard et Roussy, Ravaut et Ponselle, Ravaut et Darré, Boidin, Magne, Laubry, OEttinger. Cette lymphocytose, bien que parfois fort abondante, ne modifie généralement pas sensiblement l'aspect du liquide céphalo-rachidien; il reste clair le plus souvent, et l'on est étonné à la centrifugation de trouver un culot marqué. Toutefois Laubry et Giroux mentionnent une coarction jaunâtre; Boidin, Debove, Gaillard et d'OElnitz un aspect louche. Cette lymphocytose est parfois absolument pure (Boidin et Weill, etc.); assez souvent on trouve, en outre, quelques mononucléaires, des polynucléaires, et parfois quelques globules rouges et des cellules plus ou moins modifiées.

On a voulu exprimer numériquement cette lymphocytose par le nombre de lymphocytes contenus dans le champ du microscope. Il y a des lymphocytoses abondantes, des lymphocytoses légères, 5 à 6 lymphocytes, et des lymphocytoses moyennes de 25 à 15 éléments; ce sont les plus fréquentes.

Nous verrons plus loin quelle est l'évolution de cette lymphocytose.

b) *Polynucléose*. — Nous venons de mentionner la présence des polynucléaires rares dans les formes lymphocytaires.

Ils peuvent devenir un peu plus nombreux, 10 à 15 p. 100 (Sicard, Magne); 30 p. 100 (Debove); 50 p. 100 (OEttinger, 4^e ponction).

La véritable « formule polynucléaire » est constituée lorsque les polynucléaires deviennent nettement prépondérants, 60, 80, 90 p. 100. Dans notre observation personnelle on note 86 polynucléaires pour 14 lymphocytes. Debove, sans spécifier le nombre, nous dit que les polynucléaires s'élèvent en proportion notable au fort de la maladie. De même, dans le cas mortel de Sicard et Roussy il y eut une polynucléose terminale abondante. Dans le cas de Queyrat il en est accusé 60 p. 100.

Il y a lieu d'insister sur les caractères des polynucléaires, leur altération ou leur intégrité; nous reviendrons sur ce point.

C'est en général dans les cas de polynucléose que l'on trouve signalées des modifications cellulaires importantes. Schneider et Spick mentionnent des cellules épithéliales, des cellules à noyaux multiples, à noyaux bourgeonnants. Ils émettent l'hypothèse que l'apparition de ces éléments cellulaires comporte un pronostic grave : leur cas fut mortel.

Nous croyons qu'il ne faut voir là que l'effet de la multiplicité des types cellulaires qui peuvent être observés sans pouvoir en déduire un pronostic de gravité.

Dans les cas de polynucléaires le liquide *peut rester clair* (Queyrat, OEttinger), mais le plus souvent il prend un aspect *louche* et même *puriforme*.

2^o *Evolution*. — Les modifications cytologiques du liquide céphalo-rachidien sont des plus précoces dans la méningite syphilitique aiguë. La LYMPHOCYTOSE doit mèn-

me exister dès la *période prodromique*, et même avant toute manifestation d'une irritation méningée, la ponction peut mettre en évidence cette lymphocytose.

Ainsi que nous venons de le voir, à la *période d'état*, la formule cytologique est variable quantitativement et qualitativement.

a) *Modifications quantitatives.*

D'une façon générale on peut dire que le nombre des éléments, toujours nombreux en période aiguë, va en diminuant à mesure que les *symptômes s'amendent*. Cependant, il n'y a pas une marche parallèle des deux ordres de phénomènes, la réaction cellulaire étant toujours plus marquée et plus longue à disparaître.

Dans le cas de Ravaut et Darré, « alors que dans l'intervalle des crises aucun symptôme clinique ne permettait de déceler l'existence d'une réaction méningée, il était facile de constater par la ponction lombaire la persistance de la lymphocytose et par cela même la persistance de la lésion déterminante ». D'autre part, des ponctions ultérieures ont montré une réaction cytologique nulle après la guérison.

De même dans le cas de Boidin et Weill, au cours des quatre ponctions successives, l'on voit diminuer l'hyper-tension et la lymphocytose. En quinze jours, dans le cas de Gaillard et d'OÉlnitz, les éléments figurés disparaissent presque complètement. Dans les cas de polynucléose, cette régression se fait de même.

b) *Variations qualitatives.*

Indépendamment de ces variations quantitatives, on peut voir des variations qualitatives. Formule lymphocy-

taire au début, puis polynucléose; c'est ce que nous trouvons dans le cas d'Oettinger. Dans le cas mortel de Sicard et Roussy, la lymphocytose fit place à une polynucléose de plus en plus marquée.

Nous aurons à discuter plus loin si cette polynucléose comporte un pronostic défavorable. Nous signalerons encore ici comme modification de la formule cytologique par le traitement local avec les injections intrarachidiennes de métaux colloïdaux l'apparition de polynucléaires éosinophiles.

En résumé, dans la majorité des cas de méningites syphilitiques aiguës, il y a une réaction du liquide céphalo-rachidien. A-t-elle quelque spécificité ? Pour répondre à cela, nous allons considérer ce qu'est le liquide céphalo-rachidien dans les infections syphilitiques en général, et dans les réactions méningées aiguës d'autre nature.

3° *Comparaison avec la cytologie de la syphilis sans méningite et des autres méningites.*

a) *Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis.*

Ravaut, élève de Vidal, a, dans une série de mémoires (*Annales de Dermatologie*, 1902-1904-1907), étudié le liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques secondaires, tertiaires, héréditaires. Il a posé comme conclusions :

1° La grande fréquence de la lymphocytose à la période secondaire, lymphocytose sans rapport avec l'intensité et même avec l'existence de la céphalée, mais parallèle à l'intensité des manifestations cutanées profondes (syphilides psoriasiformes) ou persistantes (syphilides pigmentaires).

2° L'absence de lymphocytose à la période tertiaire avec des accidents cutanés ou muqueux ou osseux étendus, sauf les perforations de la voûte; sa présence au contraire dans les lésions oculaires, lésions du nerf optique. « Chez un syphilitique tertiaire toute réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien isolée ou accompagnée d'autres manifestations syphilitiques est l'indice d'une atteinte nerveuse. »

3° Chez les hérédos, il en est de même, les lésions cutanées secondaires entraînent une lymphocytose, mais tout signe nerveux ne s'accompagne pas de lymphocytose.

Cette lymphocytose de la période secondaire peut être très précoce en dehors de tout symptôme clinique comme le montre Vidal.

Tout en admettant les conclusions de Ravaut, il faut reconnaître que souvent les céphalées secondaires intenses s'accompagnent de lymphocytose marquée (Milian, Crouzon, Paris); que, rarement, il est vrai, des éruptions secondaires intenses, graves peuvent ne s'accompagner d'aucune réaction méningée.

Malgré les recherches négatives de Funke, la lymphocytose doit être admise sans conteste dans la syphilis secondaire (Bélètre, Jeanselme et Barré, Jeanselme et Sézary, etc.). Elle traduit la réaction méningée et montre donc qu'il y a alors une atteinte simultanée des deux systèmes ectodermiques. Cela est à rapprocher du fait que nous avons noté à l'étiologie, à savoir que dans nombre de cas il y avait coexistence d'accidents cutanés intenses avec nos méningites. C'est à cause de ces rapports de concordance entre les accidents cutanés et la lymphocytose

que Boidin et Weill ont pu écrire que cette réaction était vraisemblablement sous la dépendance d'un véritable exanthème méningé.

Comme nous l'avons dit, cette réaction cytologique peut exister en dehors de tout signe clinique, ou au contraire accompagner de manifestations nerveuses généralisées ou localisées.

De même au cours des affections syphilitiques ou parasymphilitiques du système nerveux, la réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien est à peu près constante, qu'il s'agisse d'une forme artérielle, méningée, gommeuse ou autre, d'un tabès ou d'une paralysie générale, d'une forme complète ou fruste. Bien plus, toutes les fois que chez un syphilitique ancien on trouve une réaction cellulaire du liquide rachidien, il faut songer à une syphilis nerveuse latente (Ravaut, Jeanselme, Bélètre, Coux, Ninot, etc.).

Quelle est l'évolution de cette lymphocytose au cours de la syphilis ? Très précoce (Widal), elle peut s'observer pendant toute la durée de la période secondaire, pendant six, dix, dix-huit mois, deux ans et plus après l'accident initial et ce, même en dehors de tout accident cutané.

Cette lymphocytose qui, d'après Ravaut, doit être considérée comme un signe de la syphilis à l'égal des manifestations cutanées, est, comme elle, très heureusement influencée par le traitement mercuriel. Le résultat peut être souvent difficile à obtenir; nous rappellerons que, dans le cas de G. Ballet et A. Barbé, il ne fallut pas moins de 60 injections consécutives de biiodure pour faire disparaître la lymphocytose.

En résumé, à la période secondaire il existe une lym-

phocytose pour ainsi dire normale; à la période tertiaire, toute atteinte, si légère soit-elle, du système nerveux central ou de ses enveloppes, entraîne une réaction méningée cellulaire.

Nous avons jusqu'ici surtout parlé de la lymphocytose, mais il faut savoir que, dans certains cas, on a observé une *polynucléose* abondante ou prédominante. Cette polynucléose a fait l'objet d'études spéciales. Une revue très complète de la question a été donnée par notre maître, M. Bonnet : « La polynucléose du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis des centres nerveux », in *Lyon Médical*, 1907, page 993. On ne trouvera rien de bien nouveau dans les thèses récentes de Bridoux (Lille, 1907-1908) « Des réactions méningées à liquide céphalo-rachidien puriforme et aseptique », et de Chabert (thèse Paris, 1908) « Contribution à l'étude des réactions méningées aiguës aseptiques ».

Il en ressort que la polynucléose est loin d'être rare au cours des affections syphilitiques du système nerveux, et qu'elle relève indiscutablement de cette infection (Sicard et Roussy, Joffroy, Widal et Lemierre, Belin et Barrer, Ravaut, Villaret et Tixier, Bonnet).

Dans ces cas le liquide peut rester clair, mais souvent il est modifié dans son aspect, il devient louche et même puriforme. Pour expliquer cette polynucléose, Widal invoque la pathogénie suivante : « Les lymphocytes proviennent de la gaine périvaleculaire, n'ont rien à faire avec la congestion vasculaire et traduisent un état d'irritation méningée. Au contraire, les polynucléaires dans le liquide céphalo-rachidien viennent par diapédèse des vaisseaux sanguins et traduisent donc un état de congestion

vasculaire. » La réaction propre aux affections syphilitiques des centres nerveux c'est la lymphocytose. Mais au cours de ces maladies chroniques se produisent parfois des poussées congestives qui se traduisent, au point de vue clinique par l'exagération des symptômes existants ou par l'apparition de symptômes nouveaux; au point de vue cytologique, par la polynucléose du liquide céphalo-rachidien dans lequel la polynucléose remplace alors momentanément la lymphocytose habituelle à ces états pathologiques.

Cette pathogénie est loin d'être prouvée, ainsi que le montre notre maître, M. Bonnet, qui discute soigneusement tous les cas publiés antérieurement. Il conclut ainsi: « En somme, on voit que l'hypothèse de congestion repose sur bien peu de chose. Dans les observations accompagnées d'autopsie, il y a une hémorragie cérébrale et une méningite; quant aux autres cas, j'en vois trois pour lesquels cette explication est réellement satisfaisante; pour tous les autres, elle ne l'est pas. »

« Non seulement cette théorie pathogénique est difficilement acceptable, mais l'étiologie elle-même est des plus obscures. Cette polynucléose se produit dans des conditions tout à fait disparates entre lesquelles on ne voit aucun lien.

« Aussi nous ignorons non seulement le mécanisme intime de cette polynucléose, mais même les conditions étiologiques et cliniques de sa production. Elle ne possède donc actuellement aucune valeur séméiologique propre.

« Seulement son existence possible est importante à connaître en pratique; car il ne faut pas, sur ce seul signe,

rejeter un diagnostic de syphilis nerveuse pour celui de méningite microbienne. » (*Lyon Médical*, 1907, p. 999.)

Si l'on ne doit pas rejeter le diagnostic de syphilis, y a-t-il quelques caractères particuliers propres à cette infection ? Widal répond par l'affirmative et insiste dans ce cas sur l'intégrité des polynucléaires. « Ils ont gardé, dit-il, la morphologie et les affinités tinctoriales des éléments des polynucléaires que l'on voit sur les préparations de sang. » Au contraire, dans les méningites à microbes pyogènes, les polynucléaires seraient altérés. L'intégrité résulterait justement de ce fait que les polynucléaires n'auraient pas là à soutenir de lutte contre les agents de la suppuration. Nous n'avons pas de renseignements bien précis sur ce point pour nos cas de méningites syphilitiques aiguës. Notre maître écrit, *Lyon Médical*, 1907, p. 1000 : « En somme, vraie dans quelques cas, cette loi de l'intégrité des polynucléaires ne l'est pas pour tous ; il n'est donc pas possible de donner à l'état de ces éléments la valeur diagnostique que lui prête M. Widal. »

D'ailleurs cette intégrité se retrouve dans d'autres réactions méningées (méningites aiguës aseptiques) en dehors de la syphilis. Elle a même été signalée dans des méningites à agents microbiens. Elle n'a donc pas grande valeur diagnostique.

En somme, la méningite syphilitique aiguë et subaiguë donne une réaction cellulaire du liquide céphalo-rachidien. Mais celle-ci ne se distingue par rien de très caractéristique de celle observée à la période secondaire de la syphilis, ni de celle accompagnant les autres manifestations syphilitiques nerveuses.

b) *Le liquide céphalo-rachidien dans les réactions méningées infectieuses ou toxiques.*

Nous venons de nous étendre longuement sur la cytologie du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis et dans ses manifestations nerveuses, point intéressant directement notre étude; nous serons plus bref dans ce paragraphe, voulant seulement montrer qu'il n'y a encore aucun élément cytologique qui permette de distinguer à coup sûr les méningites syphilitiques aiguës et subaiguës des autres méningites aiguës. De même que nous avons vu la syphilis donner, en dehors de tout signe clinique, une réaction méningée (lymphocytose), celle-ci peut se retrouver dans nombre d'intoxications ou infections. En concordance de la fréquence de la coexistence des lésions cutanées secondaires avec la lymphocytose céphalo-rachidienne, nous rappellerons la grande fréquence des réactions méningées au cours des érythèmes chez les enfants (Hutinel), dans les formes papuleuses (Ferrand). Ce parallélisme viendrait encore à l'appui de la conception de Brissaud que nous avons mentionnée.

Si nous prenons les méningites aiguës en détail, nous voyons que pour chacune d'elles nous retrouvons toutes les formules cytologiques que nous avons données pour les méningites syphilitiques.

Dans la *méningite tuberculeuse*, on avait cru pouvoir poser la lymphocytose comme règle. Mais les exceptions se firent rapidement très nombreuses, dès le début (Wenworth, Bernheim, Moser, 1897, plus tard Widal et Ravaut). L'absence de toute lymphocytose fut constatée plusieurs fois (Courmont et Montagard, Mollard et André).

La polynucléose est loin d'y être rare (Cade). L'intégrité des polynucléaires fut elle-même reconnue dans certains cas.

Dans la *méningite cérébro-spinale* on a montré par des études nombreuses, à l'occasion des récentes épidémies, que l'on pouvait trouver les formules les plus variables. Sans doute, dans la généralité des cas on trouve un liquide louche, donnant un culot verdâtre par le repos, l'examen cytologique révèle des polynucléaires altérés. Mais dans la méningite syphilitique l'on peut avoir une polynucléose de même type. D'autre part, il est des cas où la méningite cérébro-spinale, même des plus aiguës, n'entraîne aucune réaction cellulaire (Ribadeau et Debi). Ces auteurs font d'ailleurs remarquer qu'il en est souvent ainsi dans les méningites de diverses natures. D'autres fois le liquide est clair et l'on a simplement de la lymphocytose.

Nous venons d'envisager les deux principales variétés de méningites aiguës, mais les réactions cellulaires et leurs différents types peuvent se rencontrer dans tous les cas de *méningites à agents divers* : méningites grippales (Roque et Chalier), méningites blennorrhagiques (Romback), méningites au cours des fièvres éruptives, méningites à pneumocoques, encéphalopathies toxiques, saturnines en particulier (Mosny et Picard).

En conclusion, le liquide céphalo-rachidien peut bien, par la réaction cellulaire qu'il présente, traduire l'atteinte des méninges, mais elle ne présente aucun caractère absolument spécifique pour telle ou telle infection ou intoxication, et la nature syphilitique d'une méningite ne peut être diagnostiquée par elle seule.

C. — BACTÉRIOLOGIE

Dans tous les cas de méningites syphilitiques aiguës vraies où les recherches de microbes ont été faites dans le liquide céphalo-rachidien, elles sont restées négatives. Nous trouvons ces recherches exposées en détail dans les cas de Boidin et Weill, Magne, Laubry et Giroux. Elles visent les *divers agents des méningites aiguës* et le *bacille de Koch*. Nous trouvons mentionnées les recherches par étalement du culot, colorations électives, les inoculations au cobaye, intrapéritonéales, à la souris. Par là se trouvent éliminées les méningites de natures diverses pouvant survenir chez des syphilitiques et dont ils ne sauraient rester indemnes plus que les autres (cas de méningites à streptocoques, de Courtois-Suffit et Bauffumé; à pneumocoques, de Guinon).

La *recherche du tréponème* a toujours été négative. Six lames ont été examinées sans succès dans notre cas. Il en fut de même pour Debove, Magne, Laubry et Giroux.

Nous rappellerons d'ailleurs qu'en dehors des méningites syphilitiques, le tréponème a été recherché avec soin dans le liquide céphalo-rachidien, soit chez des syphilitiques en évolution, soit dans des cas de syphilis nerveuse ou de parasyphilis. Les résultats ont presque toujours été négatifs; nous mentionnerons les recherches de Thibierge, Ravaud, Le Sourd, Rosenberger. Nous ne connaissons que deux cas où cette recherche ait été positive; celui de Dotri et Tanaka, cité par Neisser, ayant trait à un examen de liquide céphalo-rachidien d'un individu présentant des syphilides papuleuses; celui de Gaucher

et Merle, observé à l'ultramicroscope dans un cas d'hémiplégie syphilitique précoce. Il est possible que, dans l'avenir, par des examens systématiques et répétés à l'ultramicroscope, on arrive à trouver des tréponèmes dans le liquide céphalo-rachidien des méningites syphilitiques aiguës diffuses.

Ce serait un argument de plus pour la nature de ces méningites, s'il en était besoin; il y aurait surtout là un bon élément de diagnostic.

D'ailleurs, de ce que le liquide céphalo-rachidien est stérile il ne s'ensuit pas que ce soit un élément de diagnostic certain de la nature syphilitique de la méningite. Il y a lieu de songer aux encéphalopathies toxiques et à ce groupe de méningites encore mal connues : méningites aiguës séreuses ou puriformes aseptiques.

D. — SÉRO-DIAGNOSTIC SYPHILITIQUE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Les recherches cytologiques ou bactériologiques sont actuellement impuissantes à affirmer la nature syphilitique de la méningite. Indirectement, par le séro-diagnostic, cela est-il possible ? Cette méthode est jeune et ses résultats sont encore discutés.

Toutefois, en Allemagne nous la voyons expérimentée de tous côtés à la suite de Wassermann. Nous voyons certains syphiligraphes l'admettre comme seul moyen de contrôle de l'intensité et de la durée suffisante du traitement. En France, elle est vulgarisée par l'Institut Pasteur avec Levaditi, à Paris, Palmette, à Lille, celui-ci faisant connaître la technique simplifiée de Noguchi.

Les recherches semblent généralement confirmer sa va-

leur; mais, comme la technique en est très délicate, il faut savoir n'admettre que les résultats indiscutables avec de nombreuses réactions de contrôle.

Sans vouloir faire ici l'historique de la séro-réaction de Wassermann et Noguchi dans la syphilis des centres nerveux, nous ne rapporterons que les conclusions des recherches de Levaditi, Ravaut et Yamanouchi : « Localisations nerveuses de la syphilis et propriétés du liquide céphalo-rachidien » (Société de Biologie, 1908).

D'après ces auteurs, la syphilis, quand elle laisse intact le système nerveux, ne produit aucune modification du liquide céphalo-rachidien appréciable à l'aide de la réaction de Wassermann. Cette réaction devient positive dès que la syphilis a intéressé même à un faible degré le système nerveux. Il n'y a aucun parallélisme entre les résultats fournis par l'examen cytologique du liquide et ceux fournis par la méthode de Wassermann.

Notons de plus que, dans un cas présenté à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1909 : « Epanchement aseptique puriforme des méninges avec polynucléaires intacts », Widal et E. Brissaud rejettent le diagnostic de méningite syphilitique aiguë parce que la séro-réaction de Wassermann était négative.

Cette recherche n'a été faite dans aucune des observations de méningites que nous avons réunies.

L'avenir dira ce qu'il faut attendre du séro-diagnostic de la syphilis.

EN CONCLUSION, il faut toujours, dans les méningites syphilitiques, pratiquer la ponction lombaire.

L'examen cytologique renseigne sur la réaction méningée, son importance, sa persistance plus ou moins lon-

gue. Sans fournir de signe caractéristique de la nature de cette méningite, elle peut cependant donner des renseignements utiles à ce sujet, dans un certain nombre de cas.

L'examen bactériologique permettra d'éliminer les méningites à agents microbiens. Mais seuls la présence du tréponème et le séro-diagnostic syphilitique (si la valeur de celui-ci est confirmée) pourraient permettre d'affirmer la nature syphilitique, d'après le liquide céphalo-rachidien.

CHAPITRE VII

Anatomie pathologique

Nous serons assez bref dans ce chapitre, car les autopsies sont rares et n'ont pas toujours été faites dans de bonnes conditions. Nous nous contenterons de rappeler ce que nous avons trouvé dans les cas de Guelfo von Sommer, Sicard et Roussy, Suchy, Ravaut et Ponselle, Gilbert Ballet et A. Barbé, Malloizel et Nathan. Nous signalerons aussi les lésions méningées aiguës constatées dans quelques autopsies d'artérite précoce, telles que les observations rapportées par Constantin, Charvet, Finkenburg. Nous mentionnerons enfin, chemin faisant, les opinions de quelques auteurs qui ont incidemment envisagé la question.

1° DESCRIPTIONS ANTÉRIEURES

Les lésions méningées de la syphilis tertiaire sont bien connues, qu'il s'agisse de formes à plaques disséminées ou, au contraire, de formes plus diffuses. Il est loin d'en être de même pour la méningite syphilitique aiguë diffuse. Klippel ne la mentionne qu'incidemment. Lancereaux admet, dans la période secondaire de la syphilis, un processus méningé qui guérit par le traitement, dont l'évolution est subaiguë, dont les symptômes attestent une lésion diffuse. Lamy, décrivant la méningite aiguë syphilitique, ne nous en fait pas connaître les lésions et rappelle seulement l'opinion de Lancereaux.

Toutefois, la possibilité des lésions syphilitiques inflammatoires des méninges avait été admise autrefois. En 1869, dans une autopsie de Mollière, alors élève de Gailleton, il est noté, chez un héréditaire en pleine poussée d'accidents secondaires, ayant succombé à des phénomènes méningés, des lésions assez banales des méninges, constituées par de la congestion simplement; il n'y a pas là de véritable méningite. Nous citerons aussi Mauriac (*Annales de Dermatologie et de Vénérologie*, tome X, p. 194, années 1879-1880). « Les lésions des méninges, surtout celles de la pie-mère et de l'arachnoïde, pendant les premières phases de la syphilis, ont été mises hors de doute par les autopsies. Ainsi Griesinger découvrit les lésions suivantes chez un individu qui devint hémiparétique et idiot six mois après l'infection syphilitique. La dure-mère était normale, la pie-mère était enflammée et épaissie partout mais principalement sur la convexité des hémisphères et adhérait intimement à la couche corticale du cerveau. L'arachnoïde présentait les mêmes lésions mais à un moindre degré. Chez une malade de Kuh qui fut prise, en pleine période secondaire, de troubles cérébraux variés, paralytiques et convulsifs, qui entraînèrent la mort, les membranes du cerveau étaient infiltrées d'une exsudation jaune qui existait aussi sous forme de petites masses dans l'épaisseur des hémisphères du cerveau. Les lésions des méninges, qu'elles soient hyperplasiques ou gommeuses, doivent être regardées comme fréquentes dans les syphiloses cérébro-spinales précoces. En 1872, un des syphiligraphes les plus éminents d'Allemagne, M. Zeissl, disait avec beaucoup de justesse « que la pie-mère, qui ne le cède en rien à l'iris pour la richesse et la muscularité

de ses vaisseaux, pouvait être atteinte ainsi que cette dernière membrane avec laquelle elle a des connexions étroites. »

Donc, Mauriac admet la réalité d'inflammation précoce des méninges dans la syphilis. Mais il semble décrire surtout des lésions gommeuses, et, d'autre part, les faits dont il parle manquent par trop de détails anatomiques et cliniques.

De même plus tard, Drouet rapportera, dans sa thèse, à la méningite syphilitique aiguë des lésions qui doivent manifestement en être distinguées, telles que des lésions gommeuses localisées ou des lésions dure-mériennes, comme dans le cas de Bouchard.

2° LÉSIONS CONSTATÉES

Dans la méningite syphilitique, c'est avant tout comme dans les autres méningites aiguës le système des méninges molles qui est atteint. Ce sont des leptoméningites.

Les méninges molles se prolongeant sans discontinuité sur tous les segments de l'axe cérébro-spinal, il est tout naturel que la méningite cérébrale soit souvent accompagnée de méningite spinale. Les lésions des méninges spinales sont surtout marquées dans les formes aiguës; dans les formes subaiguës, les enveloppes médullaires peuvent être moins atteintes.

Cliniquement, dans la plupart des cas, les symptômes de la méningite spinale sont masqués par ceux de la méningite cérébrale. Toutefois nous avons vu qu'on peut les retrouver nettement traduits par la rachialgie, une hyperesthésie de la région rachidienne, une rigidité de la colonne vertébrale, de la rétention d'urine (Bonnet, Laubry

et Giroux). Cela étant, quelles sont les lésions trouvées dans nos autopsies ?

A. — *Aspect macroscopique.*

Dans les cas de méningite aiguë diffuse, à l'ouverture du crâne on n'éprouve pas de difficulté particulière pour enlever la calotte osseuse. La *dure-mère* n'adhère pas aux os du crâne (Suchy, Sicard et Roussy); cette membrane ne présente pas de lésions; elle se montre simplement tendue parfois, surtout chez les hérédosyphilitiques. Du côté de sa face interne, elle peut, au contraire, être fortement adhérente aux méninges molles (Suchy). Dans le cas de Sommer, il n'y avait adhérence qu'au niveau de la faux du cerveau; la *dure-mère* était injectée.

Ce que l'on a c'est de la leptoméningite, aussi les lésions portent-elles surtout sur l'*arachnoïde* et la *pie-mère* qui s'épaississent.

À l'incision de la *dure-mère*, il s'écoule généralement une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien; on voit alors l'encéphale sillonné de vaisseaux turgescents gorgés de sang noir (Suchy, Sommer).

La *pie-mère*, très vascularisée, injectée et épaissie, prend un aspect trouble (Suchy, Bosc), dépoli (Malloizel et Nathan); elle est œdématisée (Sicard et Roussy). Parfois, on trouve dans l'espace sous-arachnoïdien de véritables exsudats ayant, par places, ou d'une façon diffuse, un aspect gélatiniforme collodionné. Sommer mentionne « un exsudat gélatinoïde aux environs du chiasma, des pédoncules et du pont de Varole ». Sicard et Roussy disent : « Le cerveau apparaît recouvert d'un œdème géla-

tiniforme présentant, par places, au niveau de la convexité surtout, l'aspect collodionné décrit par Fournier et Oppenheim. » Malloizel et Nathan écrivent : « La pie-mère était séparée des circonvolutions sous-jacentes par un liquide épais, lactescent, donnant assez bien l'état collodionné décrit par les anatomo-pathologistes. » Ravaut et Ponselle signalent un exsudat séro-fibrineux formant des trainées grisâtres.

On voit qu'il y a loin cependant des infiltrations gommeuses dont la description est classique.

Les lésions intéressent aussi les *ventricules*. Aussi, dans le cas de Sommer, trouvons-nous cette description : « Nulle part les altérations ne sont plus marquées que dans les ventricules, leurs parois ramollies paraissent se dissocier au contact du liquide qui ressemble à du lait caillé, tandis que de larges exsudats opaques et adhérents recouvrent les plexus choroïdes. »

« A l'ouverture du troisième ventricule, dit Suchy, les deux thalami optici et les tubercules quadrijumeaux étaient transformés en une masse gris blanc, molle. En outre, le troisième ventricule était rempli d'un liquide teinté de sang. »

Sicard et Roussy, dans leur cas, rapportent : « Les ventricules latéraux sont distendus, de même que l'aqueduc de Sylvius et le canal épendymaire médullaire.

L'encéphale, dans les méningites aiguës, ne présente pas en général d'altération macroscopique en dehors d'une hyperhémie plus ou moins généralisée, plus ou moins intense, qui peut entraîner une coloration violacée plus ou moins foncée. Du fait de l'épaississement des méninges molles, de la présence des exsudats, il y a une

sorte de nivellement des circonvolutions cérébrales; les sillons sont comblés, peu apparents.

En général, il est possible de détacher facilement la pie-mère de la surface de l'encéphale sans endommager celui-ci. Parfois il y a quelques adhérences (Sicard et Roussy).

Nous avons dit plus haut que la *coexistence de lésions vasculaires* n'était pas rare, et avons cité ces cas en étudiant le pronostic.

En somme, les lésions macroscopiques sont souvent bien légères; parfois même (Ballet et Barbé) elle sont sensiblement nulles.

B. — *Lésions microscopiques.*

Nous ne saurions mieux faire que de transcrire les constatations si précises faites par MM. Sicard et Roussy, et par MM. Ballet et Barbé.

Ces derniers s'expriment ainsi :

Le système nerveux, formolé *in situ*, fut prélevé vingt-sept heures après la mort et examiné par les méthodes de Nissl, de van Gieson, le picrocarmin et l'hématoxyline éosine.

Au niveau des méninges, on voit une *infiltration de lymphocytes* dans la pie-mère épaissie; les espaces sous-arachnoïdiens sont aussi le siège d'une *infiltration embryonnaire* diffuse; les lymphocytes sont surtout accumulés dans le voisinage des vaisseaux sanguins; de plus, cette infiltration se prolonge avec la méninge dans le fond des sillons. Il y a donc surtout des amas lymphocytaires dans le voisinage des vaisseaux.

Les vaisseaux étaient très altérés. On notait de la *péri-artérite*, aussi bien que de la *périphlébite*. Dans les artères on trouve surtout une *infiltration lymphoïde* diffuse très

abondante; il y a de plus une *dilatation vasculaire* très nette.

Enfin, signalons la présence de points de caséification, siégeant surtout au niveau de la face inférieure des hémisphères. La recherche du spirochète, de même que celle du bacille de Koch, est restée négative. (Gilbert Ballet et André Barbé.)

Sicard et Roussy rapportent dans leur observation :

Examen histologique : méninges, cerveau, moelle, ganglions, ont été examinés au Nissl, à l'hématoxyline eosine, au Van Gieson et au Marchi.

Méninges molles. Les espaces sous-arachnoïdiens et pie-mériens sont, sur toute l'étendue des centres nerveux, le siège d'une *infiltration embryonnaire intense*. Ce sont de petites cellules rondes, lymphocytaires qui, par place, se réunissent en amas. Au milieu de ces cellules rondes il existe des éléments polynucléaires plus abondants en certains points. Les vaisseaux spinaux sont le siège de lésions de *péri ou d'endovascularite*. L'inflammation embryonnaire ne s'avance que peu dans les septa conjonctivovasculaires, mais les vaisseaux spinaux antérieurs et postérieurs sont le siège d'une dilatation évidente.

Le canal épendymaire est également dilaté et légèrement infiltré. Les racines ne sont atteintes que superficiellement, l'infiltration embryonnaire ne fait que les recouvrir sans les pénétrer ni les dissocier. Cette même infiltration se retrouve au niveau des ganglions rachidiens. Au niveau du cerveau, en dehors des enveloppes méningées directes, il n'existe de réaction de la substance cérébrale que dans le territoire nerveux desservi par la sylviennne gauche.

La *sylviennne gauche* est oblitérée sur une étendue de 1 centimètre par un caillot fibrineux. L'endartère prolifère activement, l'infiltration s'est étendue à la mésartère, aux vasavasorum, à l'adventice.

Les vaisseaux des plexus choroïdes sont très dilatés avec, par endroits, un certain degré de diapédèse hématique, sans infiltration embryonnaire.

Ravaut et Ponselle signalent un exsudat constitué par un réticulum fibrineux infiltré de cellules autour des vaisseaux; quelques caillots histologiques dans les veines.

En somme, la pie-mère épaissie et les espaces arachnoïdiens sont le siège d'une infiltration embryonnaire diffuse intense, constituée par des petites cellules rondes. Celles-ci peuvent, par places, se réunir en amas. L'infiltration est surtout marquée au voisinage des vaisseaux sanguins.

Les vaisseaux, en effet, sont très altérés: il y a dilatation et lésions des parois, endo et périvascularite, les lésions portant aussi bien sur les veines que sur les artères, avec périartérite et périphlébite. D'une façon générale cette infiltration ne se prolonge que peu dans les septa conjonctivo-vasculaires.

Cette association des lésions vasculaires et méningées existe peut-être dès le début, car on la retrouve dans des faits de lésions très atténués, très récents, que nous pouvons rappeler ici, bien qu'il n'y ait pas eu cliniquement de méningite appréciable: tels sont le cas de Bosc, qui n'est qu'une méningo-encéphalite très légère, et celui de Sésary (autopsie d'un syphilitique récent mort dans le coma après hémiplégie). « Les vaisseaux de la pie-mère sont très dilatés et leur lumière agrandie est comblée par des globules sanguins. Leurs parois sont épaissies du fait de la prolifération active de leurs cellules conjonctives et de leur infiltration par des cellules rondes disséminées parmi ces dernières. Les capillaires sont dilatés et entourés de manchons de cellules rondes... Dans les mailles du tissu sous-arachnoïdien on trouve aussi des

foyers de cellules rondes, les uns discrets, les autres très étendus sans rapport apparent avec les vaisseaux. » Sé-sary (Processus histologique re la réaction méningée de la syphilis secondaire, Société de Biologie, 10 avril 1908). De même, Bosc signale une prolifération diffuse des méninges et des vaisseaux, une néoformation conjonctivo-vasculaire développée aux dépens des cellules fixes.

On peut même se demander si les lésions ne débutent pas par les vaisseaux, lesquels doivent servir de voie d'apport à l'agent morbide.

C. — *Bactériologie.*

Ravaut et Ponselle ont, sur leurs coupes, constaté la présence de spiroclètes dans l'intérieur des vaisseaux, dans leurs parois, et aussi au sein de l'exsudat qui les entourait.

CHAPITRE VIII

Diagnostic

La méningite syphilitique aiguë et subaiguë n'est pas très rare, ainsi que nous l'avons montré. Elle réclame un traitement spécifique précoce et intense. Il faut donc toujours y songer en présence de méningites de cause peu nette, et bien connaître les moyens qui peuvent en faire faire le diagnostic.

A. — LES ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC

Nous ne voulons pas rappeler ici le tableau clinique que nous avons tracé de la méningite syphilitique aiguë. Nous avons déjà vu que, au point de vue symptomatologique, cette méningite ne pouvait se différencier des autres méningites aiguës. D'autre part, dans son évolution, la méningite syphilitique aiguë peut retracer trait pour trait l'évolution des autres méningites aiguës et subaiguës, en particulier les diverses formes de méningites tuberculeuses et cérébro-spinales.

Toutefois, si nous avons longuement insisté sur la période prodromique, c'est que nous croyons que *la céphalée* avec ses caractères spéciaux, nocturne, de très longue durée, de résistance aux analgésiques, aux médicaments nervins, a une réelle importance diagnostique pour la nature syphilitique. La fréquence relative des *para-*

lyties oculaires, leur caractères d'être *transitoires*, précoces, incomplètes, peuvent éveiller des soupçons sur cette même étiologie.

Dans nombre de cas l'évolution un peu irrégulière, entrecoupée de *périodes de rémissions et d'aggravations* pourront faire pencher le diagnostic pour la nature syphilitique. Mais c'est là un caractère très inconstant, et qui, d'ailleurs, peut se retrouver dans d'autres méningites, la tuberculeuse, par exemple.

Nous avons vu qu'il ne fallait pas trop compter sur l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Dans ces conditions, il est certain que la *connaissance d'une syphilis récente* est d'un grand poids. Elle devra donc être recherchée par un interrogatoire soigneux et un examen complet du malade. La méningite aiguë syphilitique est un accident relativement précoce de la période secondaire, aussi, en général, n'a-t-on pas dans cette recherche les mêmes difficultés que pour les accidents tertiaires ou parasymphilitiques. Il faut rechercher le chancre, sa cicatrice, quelquefois on pourra les retrouver en évolution; le cas de Boidin était préroséolique.

Il ne faut laisser aucun point de revêtement cutané ou muqueux inexploré, rechercher les éruptions érythémateuses, savoir les reconnaître dans leur déclin, connaître l'évolution des éruptions papuleuses avec les macules hypo ou hyperpigmentées qu'elles peuvent laisser. Les muqueuses buccales et anales seront examinées avec soin. Le système ganglionnaire, avec ses adénites typiques, longtemps persistantes, souvent de localisation élective, le système osseux (tel le cas de Laubry et Giroux) seront complètement explorés. La recherche par l'interrogatoire

de périodes de céphalées nocturnes, de dysphagie, de maux de gorge pendant une longue période ne sera pas oubliée.

Malgré cet interrogatoire et cet examen sérieux il pourra arriver que l'on ne retrouve pas la trace d'une syphilis pourtant récente. Il est, en effet, surtout chez la femme, des syphilis ignorées. L'accident primitif a pu passer inaperçu de par son siège, de par son insignifiance, de par son évolution rapide. Il a pu ne pas y avoir d'accidents secondaires, ou bien ces accidents être si peu marqués, qu'ils ont passé inaperçus du malade. Donc, si l'on ne trouve pas d'histoire de syphilis, cela ne doit pas toujours faire éliminer catégoriquement la méningite syphilitique.

Ici, comme dans toutes les affections où l'on soupçonne la syphilis, l'épreuve *mercurielle* sera d'un grand secours pour le diagnostic. Mais nous rappellerons que les diagnostics qui reposent exclusivement sur elle ne doivent être acceptés qu'avec la plus sévère critique. En effet, des méningites indiscutablement syphilitiques peuvent avoir une terminaison fatale avec le traitement le plus correct. Bien d'autres méningites sont susceptibles de guérison, même les tuberculeuses, et si un traitement antisiphilitique a été administré on ne manquera pas de lui en attribuer le succès.

B. — AUTRES ACCIDENTS D'ÉTIOLOGIE SYPHILITIQUE

Mais, même en présence d'une syphilis, d'accidents cérébraux accompagnés de tel ou tel phénomène méningé, il ne faut pas toujours employer le terme de méningite syphilitique aiguë. En effet, au cours de cette étude nous

nous sommes efforcé de montrer qu'il s'agissait là d'une entité assez bien définie, spéciale. Par là nous avons éliminé les lésions artérielles, les lésions gommeuses, les tumeurs syphilitiques qui, à leur début ou au cours de leur évolution, *peuvent présenter des poussées aiguës*, dans lesquelles les phénomènes méningés ne sont qu'un élément accessoire.

De même, il ne faut pas considérer comme méningites les observations où il n'y a qu'une céphalée à caractères spécifiques, *céphalée intense, grave, persistante*, avec état général, quelquefois accompagnée de nausées.

Il faut éliminer aussi les cas de *neurasthénie syphilitique*, fréquente chez la femme, où il y a asthénie, dépression mentale, longue céphalée. Celle-ci, en général, devient continue avec paroxysmes, plus superficielle, en casque plutôt qu'endocrânienne.

Il ne faut pas considérer non plus comme méningites, les *paralysies faciales* précoces rapportées dans la syphilis secondaire.

Enfin, et nous y avons suffisamment insisté pour n'avoir plus à y revenir, il faut nettement distinguer notre méningite syphilitique aiguë diffuse des *lésions localisées* (gommes, plaques gommeuses), dont la symptomatologie tire ses caractères de leur localisation, s'accompagnant souvent de symptômes d'excitation, d'accès de convulsions épileptiformes, de paralysies, pouvant présenter de temps à autre des symptômes de diffusion, et rappelant plutôt la tumeur cérébrale que la méningite. Ces lésions localisées et insidieuses ne sont pas l'apanage de la syphilis jeune.

Remarque. — Mais de ce qu'un sujet est syphilitique,

de ce qu'il présente un syndrome méningé net, *il ne faut pas vouloir forcément toujours incriminer cette syphilis.*

Un syphilitique conserve le droit de faire d'autres infections méningées. Nous rappellerons la méningite à streptocoques de Courtois-Suffit et Bauffumé, celle à pneumocoques de Hutinel et Guinon. La méningite tuberculeuse peut elle-même se voir. Aussi ne peut-on affirmer qu'une méningite aiguë évoluant chez un syphilitique n'est pas une méningite infectieuse qu'après avoir fait toutes les recherches négatives qui peuvent déceler les divers agents microbiens des méningites. Nous les signalerons plus loin, en particulier pour les méningites tuberculeuses et cérébro-spinales.

De même, un syphilitique peut être sujet à des intoxications, saturnine par exemple, et dans ce cas il peut être difficile de dire s'il s'agit de méningite syphilitique ou toxique.

C. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Il est à faire avec toutes les méningites aiguës et subaiguës, infectieuses et toxiques, et avec les affections qui peuvent simuler celles-ci.

Méningite tuberculeuse. — C'est surtout avec elle que se pose le diagnostic. Il faut attacher une très grande importance à la présence de stigmates de tuberculose. Méningites syphilitiques et tuberculeuses ont le plus souvent une évolution subaiguë. Celles-ci auraient pour elles une évolution en trois phases : période d'excitation, période d'oscillation et période de dépression mortelle. En réalité cela est loin d'être caractéristique et mêmes formes, mêmes symptômes peuvent se retrouver dans les ménin-

gites de l'une et l'autre nature. La terminaison même ne peut les séparer; il y a quelques rares méningites tuberculeuses qui guérissent; il y a des méningites syphilitiques mortelles.

Le diagnostic, délicat toujours, peut se compliquer encore plus de par le fait d'une étiologie double : antécédents syphilitiques et antécédents tuberculeux ou scrofule de l'enfance.

Il est une cause d'erreur sur laquelle insiste notre maître, M. Bonnet. Nombre de méningites tuberculeuses sont secondaires à des adénopathies tuberculeuses du cou. Or, il faut bien savoir que *la syphilis secondaire peut donner au cou des adénites suppurées, à évolution torpide, qui simulent à s'y méprendre celles de la tuberculose*. Il faut donc, le cas échéant, vérifier la nature de celles-ci par les moyens appropriés.

Quant au liquide céphalo-rachidien, la cytologie ne peut nous renseigner. Seule la bactériologie permettrait un diagnostic certain par la mise en évidence du bacille de Koch dans le culot de centrifugation, ou par la tuberculisation du cobaye par inoculation intrapéritonéale.

Méningite cérébro-spinale (à diplocoque de Weichselbaum). — Lorsqu'on lit les très nombreuses communications qui ont été faites sur cette affection dans ces dernières années, on voit combien la symptomatologie en est polymorphe et combien en est variable l'évolution. A côté des cas très aigus habituels, il y a des formes subaiguës, lentes et même chroniques (Debié, *Presse Médicale*, 29 mai 1909). Par la lecture des observations l'on voit que dans nombre de cas les faits sont superposables à ceux que nous avons décrits pour les méningites syphilitiques;

aussi le diagnostic est-il des plus délicats dans les formes subaiguës. Et cela d'autant plus que la méningite cérébro-spinale survient chez des jeunes gens, des soldats, âges auxquels la syphilis en activité est le plus fréquente. Une autre cause d'erreur peut résider dans la présence d'éruptions cutanées érythémateuses, ou des muqueuses, éruptions herpétiques fréquentes dans les méningites cérébro-spinales, et qui peuvent être prises pour des lésions syphilitiques, ou inversement.

L'examen cytologique ne pourra souvent pas permettre d'affirmer, comme nous l'avons vu, le diagnostic. C'est aux recherches de laboratoire qu'il faudra s'adresser. On mettra en évidence le méningocoque par la recherche dans le culot de centrifugation, on le cultivera en milieu approprié, on pourra rechercher la précipito-réaction de Vincent et Belcou, l'agglutination, l'épreuve de la fermentation, etc.

La notion d'épidémicité est fort importante.

Méningites infectieuses aiguës. — C'est par la recherche des maladies causales que l'on sera guidé. On sera conduit en fin de cause, à s'en rapporter souvent à l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien.

On trouvera ainsi le streptocoque, le pneumocoque, etc.

Méningites otiques. — Les oreilles doivent toujours être examinées en présence d'une méningite, à cause de la fréquence relative des méningites et lésions encéphaliques de cette origine.

Méningites toxiques. — Le saturnisme dans ses accidents cérébraux comporte des formes méningées. Il y a

des encéphalopathies saturnines aiguës et subaiguës qui rappellent les méningites infectieuses. C'est avec la méningite syphilitique que le diagnostic de ces formes est le plus délicat. Aussi faut-il rechercher avec soin les stigmates du saturnisme.

Méningites séreuses ou puriformes aseptiques.— Nous avons déjà plus d'une fois fait allusion à ces réactions méningées aiguës dont la symptomatologie ne présente pas de différence nette avec les méningites aiguës infectieuses cérébro-spinales, tuberculeuses ou autres, et dont le liquide céphalo-rachidien (séreux ou puriforme) est aseptique.

Nous les mentionnons ici, quoiqu'elles soient encore mal connues et puissent se voir au cours de nombre de maladies infectieuses ou toxiques :

Abcès du cerveau, tumeurs. Le tableau est généralement assez différent.

Fièvre typhoïde. — Le diagnostic est souvent très difficile au début, surtout avec les formes ataxo-dynamiques de la fièvre typhoïde. Mauriac nous dit, à propos de son malade : « On aurait pu croire qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde si, le 4 juillet, le malade n'avait été frappé d'une sorte d'attaque apoplectiforme. » Dans le cas de Dorendorff, nous voyons l'auteur discuter longuement ce diagnostic et, chose curieuse, il mentionne que la diazo-réaction et le séro-diagnostic typhique furent positifs, fait explicable par une typhoïde antérieure de sept ans.

Nous n'insisterons pas sur les caractères différentiels des deux affections qui seront tirés de la connaissance clinique que l'on doit avoir de leurs symptômes, de leur évolution. Nous mentionnerons seulement, au début, la

présence de taches rosées, rarement assez nombreuses et généralisées pour faire songer à une roséole syphilitique, et l'existence possible d'érosions bucco-pharyngées, qui peuvent être plus embarrassantes. Nous rappellerons d'autre part que la typhoïde peut donner des méningites.

La *grippe* s'accompagne parfois de manifestations nerveuses qui ont pu faire parler de méningites grippales.

Le *rhumatisme cérébral* est facilement reconnu à son étiologie.

L'*urémie nerveuse* sera facilement différenciée. Le seul cas délicat serait celui d'un syphilitique secondaire avec albuminurie importante.

De même, il faudra songer à écarter les affections aiguës des oreilles; l'*otite moyenne aiguë* pourra, au début, prêter à confusion; de même la *labyrinthite*, comme nous voyons Lermoyez l'indiquer à propos du cas de Brissaud et Brécy.

CHAPITRE IX

Traitement

Le traitement de la méningite aiguë syphilitique comporte trois points que nous étudierons successivement :

- 1° Le traitement symptomatique;
- 2° Le traitement local par la ponction lombaire;
- 3° Le traitement causal.

1° *Le traitement symptomatique* ne présente rien de particulier, c'est celui de toutes les méningites : administration de prises de calomel, lavements purgatifs, mise au repos dans le calme le plus absolu, vessie de glace ou vésicatoire sur la tête, etc., et traitement des complications.

2° *Traitement local, ponction lombaire.* — La ponction lombaire n'est pas seulement un moyen de diagnostic, c'est encore une méthode thérapeutique.

En diminuant la tension du liquide céphalo-rachidien, en retirant un liquide altéré dans sa composition, peut-être même en éliminant une certaine quantité de principes virulents, elle produit une amélioration immédiate très manifeste. Evidemment, elle ne peut guérir à elle seule la maladie, mais elle peut contribuer à cette guérison en aidant au malade à résister le temps nécessaire, tandis que l'on attaque l'agent causal par le traitement spécifique.

Cette amélioration a été notée expressément dans les observations de Debove (obs. V), Magne (obs. XV), Ravaut et Darré (obs. XII); dans ce dernier cas, les convulsions disparaurent. Dans notre observation personnelle (obs. I), l'influence a été remarquable; il y a eu une amélioration immédiate de tous les symptômes et même une chute brusque de la fièvre; et il ne s'est pas agi d'une rémission passagère : l'amélioration a progressé régulièrement.

3° *Traitement causal : mercure et iodure.* — Il n'est qu'un traitement rationnel, c'est le mercure et l'iodure. Auquel faut-il donner la préférence ? Faut-il les associer ? Sont-ils vraiment efficaces ?

Nous avons déjà montré qu'un traitement correct est souvent d'une action préventive nulle. Pour apprécier l'action curative du traitement, nous allons rappeler en peu de mots le traitement subi par nos malades. Mais une division s'impose : cas avec guérison, cas avec mort.

1° *Cas où les malades ont guéri.* — Dans notre cas personnel (obs. I), en plein traitement par les pilules de protoiodure (10 centigr.), le malade prend des accidents méningés. Il est mis alors aux injections d'huile grise hebdomadaires; à la seconde, coïncidant avec une ponction lombaire, il y a une grande amélioration. Au bout de trois injections, la guérison s'effectue. En même temps, il prenait 2 grammes d'iodure.

Dans le cas de Mauriac (obs. II), un traitement hydragyrique et iodé n'a pas eu d'influence préventive. Dans le cours de la méningite, il n'est donné que de l'iodure, et encore tardivement. Voici ce que Mauriac pense de son action : « On ne manquera pas d'attribuer la guérison à

l'iodure bien qu'il n'ait été administré que tard et à doses modérées. Sans contester son action curative, je crois que cette syphilose aurait disparu spontanément sous l'influence de la médication rationnelle qu'il est d'usage d'employer dans les affections méningitiques d'un substratum anatomique quelconque. Je l'ai vu échouer si souvent dans d'autres encéphalopathies syphilitiques, que je n'ai pas en lui cette foi robuste, cette confiance absolue suivies de si amères déceptions. »

Dans les cas d'Hoffmann (obs. IV), Porot (obs. VI), Debove (obs. V), Gaillard (obs. VII), Ravaut et Darré (obs. XII), Gaucher (obs. XIII), Boidin (obs. XIV), Queyrat (obs. XIX), OEttinger (obs. XX), c'est un traitement mercuriel seul qui est fait, traitement intensif par des injections de sels solubles ou des frictions.

Dans les cas de Laubry (obs. XVI), Kronig (obs. IX), Hoffmann (obs. IV), il est fait un traitement mixte.

En conclusion, en dehors du cas de Mauriac, tous les malades guéris avaient été traités d'une façon précoce et intensive.

2° *Cas suivis de mort.* — En est-il de même dans les cas qui ont entraîné la mort ?

Sommer, dont le malade (obs. III) avait eu un traitement mixte, frictions et iodure, nous dit « qu'une issue fatale peut survenir en dépit du traitement le mieux entendu ».

Chez le malade de Sicard (obs. VIII), les accidents méningés surviennent malgré un traitement mercuriel par injections d'huile grise. Des injections de biiodure n'empêchent pas l'évolution progressive de l'affection et la mort.

Le malade de Suchy (obs. X) est traité d'une façon intense par un traitement mixte : frictions, iodure à hautes doses, injection de salicylate de mercure.

Le malade de Magne (obs. XV), ayant toujours eu un traitement intensif, recoit, lors des accidents méningés, des injections de benzoate et des frictions; malgré cela il meurt dans le coma.

La malade de Gilbert Ballet (obs. XVII) a reçu un traitement préventif intensif. Elle est mise au traitement iodo-mercuriel lors de ses accidents; malgré cela l'issue fatale survient.

En conclusion, dans nos cas de mort, celle-ci est survenue *en dépit d'un traitement précoce et intensif*.

Nous serons donc moins optimiste que M. Gauthier qui, dans sa thèse : « Guérison et curabilité des méningites aiguës » (thèse de Lyon, 1909), s'exprime ainsi : « La guérison est la règle, à la condition toutefois qu'un traitement mercuriel suffisant ait été institué. »

Il est certain qu'il faut faire le plus vite possible le traitement le plus énergique que l'on peut. C'est le seul moyen d'obtenir la guérison; et les observations prouvent qu'on sauve ainsi le malade dans bon nombre de cas. Mais on n'est pas sûr de le sauver; nous venons de voir que, dans une proportion assez importante de faits, un traitement précoce et intensif est resté sans action.

Ce n'est pas là d'ailleurs une chose spéciale à la méningite. Tout le monde sait que l'on rencontre de temps en temps des lésions syphilitiques de tel ou tel tissu sur lesquelles le traitement semble avoir une action faible ou nulle. Récemment encore, M. le docteur Bonnet (1) pré-

(1) *Lyon médical*, 19 décembre 1909, page 1095; Société médicale des hôpitaux de Lyon, séance du 22 novembre 1909.

sentait les pièces d'autopsie d'un sujet chez lequel des artérites cérébrales multiples récidivantes ne parurent nullement influencées par un traitement tout à fait intensif.

Quoi qu'il en soit, toutes les fois que l'on soupçonne la nature syphilitique d'une méningite, il y a lieu d'instituer rapidement un traitement intensif. C'est dès cette période prémonitoire sur laquelle nous avons longuement insisté qu'il faut instituer un traitement énergique. Grâce à lui, bien souvent l'évolution de la maladie en restera là. Les cas n'en sont peut-être pas très rares. Le cas de Vidal de Cassis peut être interprété ainsi. Nous-même en rapportons ici un cas observé dans le service de notre maître, le docteur Bonnet.

OBSERVATION (inédite)

H... Louis, 19 ans, garçon boucher, entre le 17 novembre 1908, dans le service, pour une céphalée constante à exacerbation nocturne, elle occupe la région frontale et a débuté il y a quinze jours.

Chancre induré en mai dernier et qui dura trois semaines, il fut douloureux. Roséole en juin, chute des cheveux, pas de plaques muqueuses. La céphalée a débuté dès la cicatrisation du chancre, elle dura quinze jours et reparut il y a deux semaines.

A son entrée, piqûre de biiodure de 4 centigrammes. A ce moment le maximum de la céphalée siège au niveau des deux mastoïdes et contourne le crâne. Elle est continue, lancinante, intolérable. Le malade se plaint en outre de douleurs dans les jambes, de faiblesse, il a pris mal au cœur. Le malade ferme les yeux et se plaint de troubles visuels.

Un premier vomissement a lieu le 17 novembre, un deuxième après la piqûre, un troisième le soir, après l'ingestion d'iodure de K.

18 novembre 1908. — Pas de trace d'accidents secondaires.

Ni raideur de la nuque, ni Kernig. Réflexes normaux.

Les pupilles réagissent bien, pas d'inégalité pupillaire, photophobie assez marquée.

Pouls à 80. Respiration normale.

Abdomen légèrement rétracté. Le malade est très constipé. Pas de selle depuis trois jours. Urines, ni sucre ni albumine. Température, soir, 37°, matin, 36°8. Rate hypertrophiée.

Vomissement après l'injection de 4 centigrammes de biiodure.

19 novembre. — Ventre rétracté. Le malade a tendance à se coucher en chien de fusil. Lavement glyceriné. Piqûre de 4 centigrammes de biiodure.

20 novembre. — Piqûre de biiodure de 2 centigrammes.

21 novembre. — Piqûre de biiodure de 2 centigrammes. Amélioration.

23 novembre. — Piqûre de biiodure de 2 centigrammes. Grande amélioration. Le malade se lève.

On continue les piqûres de biiodure, l'amélioration se maintient, et le 20 décembre, le malade quitte le service, guéri. Du 23 novembre au 20 décembre, il lui fut fait 8 piqûres de 2 centigrammes de biiodure.

Il est même permis de penser qu'un certain nombre de syphilitiques secondaires présentant des céphalées rebelles, atroces, accompagnées d'un état nauséux, de vertiges, d'asthénie, voire même de malaise général, évolueraient vers la méningite aiguë si le traitement précoce et intense n'intervenait pas.

Le traitement antisiphilitique doit donc être considéré comme ayant une action souvent curative sur la méningite aiguë syphilitique en période d'état, et plus souvent encore préventive de cette dernière quand il est administré à la période prodromique.

Mais à quel médicament, de l'iodure ou du mercure, faut-il donner la préférence ? Y a-t-il lieu de les associer ? La méningite aiguë est un accident précoce qui survient en pleine infection, aussi le traitement sera-t-il avant tout mercuriel. Le mercure, en effet, est généralement considéré actuellement comme le médicament spécifique de l'infection syphilitique, et c'est aussi celui qui paraît convenir le mieux à la plupart des complications nerveuses de la syphilis.

Sous quelle forme le donnera-t-on ? Toute méthode permettant de réaliser un traitement intensif sera bonne. Nous ne voulons pas ici entreprendre une étude de la valeur comparée des différentes méthodes et préparations, ni rapporter les innombrables discussions du traitement de la syphilis nerveuse. Il faut frapper vite et fort, avons-nous dit : les injections de sels solubles sont donc tout particulièrement indiquées, surtout au début. Parmi les sels solubles, on fera appel de préférence au plus actif d'entre eux, le biiodure à dose suffisante de 1 à 2 et même 4 centigrammes par jour en solution aqueuse. On pourra avoir recours à d'autres sels moins actifs ou moins couramment employés en France, comme le benzoate, le sublimé, le cyanure, etc., pour ne parler que des plus connus. Les doses devront être respectivement aussi intenses que celles données pour le biiodure.

Les préparations insolubles peuvent être d'une grande valeur dans le traitement des méningites aiguës. Nous ne conseillons pas leur emploi dès le début, car leur action n'est pas assez rapide généralement.

L'huile grise pourra être employée utilement comme traitement d'entretien, par exemple après une série d'in-

jections de biiodure. Elle ne nous paraît pas être très recommandable pendant la période aiguë initiale, à moins de l'associer à des injections solubles.

Le calomel possède une action très puissante. Il nous paraît supérieur aux sels solubles pour certaines lésions, telles que la plupart des maladies syphilitiques chroniques des centres nerveux. Nous croyons que si les injections paraissent inefficaces, on serait autorisé à essayer le calomel, chez un malade à bonne dentition et bien surveillé; mais, même dans ce cas, nous conseillons de commencer toujours par les injections solubles.

Les doses de ces préparations seront déterminées avec soin et varieront de 8 à 14 centigrammes de mercure métallique (huile grise à 40 p. 100) et de 5 à 10 centigrammes de calomel.

Nous ajouterons qu'on peut parfaitement faire une thérapeutique très active sans injection. Il est certain que par la méthode des frictions bien faites l'on peut réaliser un bon traitement mercuriel avec 5 à 6 grammes d'onguent mercuriel double par jour. C'est pourquoi nous croyons que le cas de Sommer ne peut mériter le reproche d'insuffisance de traitement. Mais les injections sont d'un emploi plus commode et plus sûr.

Nous voulons signaler ici une méthode d'administration locale du mercure qui utilise la ponction lombaire. C'est l'injection intra-rachidienne de sels mercuriels. Elle se trouve réalisée dans le cas d'Oettinger et Hamel (obs. XX), et dans le cas de Claisse et Joltrain (obs. XXV). La préparation employée est le mercure colloïdal. Voici ce qu'en disent Oettinger et Hamel : « Cet essai thérapeutique semble avoir donné d'excellents résultats; c'est là,

croyons-nous une méthode capable de rendre les plus grands services dans les cas rebelles. »

Faut-il donner de l'iodure ? Jadis ce médicament jouait un très grand rôle dans le traitement de la syphilis. Aujourd'hui, la tendance est d'en faire un médicament secondaire, adjuvant du mercure, et un résolutif agissant sur les lésions infiltrées.

Peut-être est-on un peu injuste envers lui. En tout cas, il est à conserver pour le traitement de la méningite syphilitique aiguë. D'une part, l'observation clinique nous apprend qu'en période secondaire il influence rapidement les céphalées. D'autre part, l'anatomie pathologique nous a montré que l'infiltration lymphocytaire avait une tendance à l'organisation. Son action résolutive peut donc s'exercer. L'iodure sera donné à la dose de 3 à 6 grammes.

Quant à l'atoxyl, il a donné lieu à trop d'accidents graves pour que nous puissions conseiller son emploi.

En conclusion: en présence d'une méningite, dès que l'on soupçonne la nature syphilitique, il y a lieu d'instituer un traitement antisiphilitique rapide et intense, mercuriel et ioduré. Malgré un traitement correct, une issue fatale pourra se produire, ou des récidives se montrer à plus ou moins longue échéance; mais on aura fait tout ce que l'on pouvait faire pour l'éviter.

OBSERVATIONS

A

Observations servant de base à notre travail.
Il y a un tableau de méningite net, la syphilis est certaine.

OBSERVATION I (inédite)

Adolphe A..., 28 ans, jardinier, entre à l'Antiquaille le 27 juin 1906, pour une éruption généralisée existant depuis deux mois.

Aucun antécédent pathologique.

Il y a quatre mois (fin février et commencement de mars) il a eu un chancre de la verge, et on trouve encore les ganglions inguinaux. Il n'a fait aucun traitement.

Il présente une éruption généralisée, assez confluyente, formée de papules et d'éléments croûteux. Plaques muqueuses de la bouche.

Blennorrhagie.

Le malade préférant ne pas avoir de piqûres, on prescrit des frictions à l'onguent napolitain.

Quelques jours après son entrée on a vu apparaître un œdème des bourses, des malléoles, et de la région lombaire. On ne trouve aucune cause à cet œdème : rien au cœur ni aux poumons, pas d'albumine. Il disparaît vers le 20 juillet.

14 août. — Sans que le malade se plaigne de rien, on constate de la raideur de la nuque. On donne 2 grammes d'iodure.

21 août. — Le malade est un peu obnubilé. On apprend par ses voisins de lit que depuis plusieurs jours il a eu des vomissements, dont on n'avait pas été averti par l'infirmier. Raideur de la nuque très accentuée. Signe de Kernig. Il se tient habituellement couché en chien de fusil. Constipation. Raie méningitique.

Pouls, 48. La respiration paraît régulière.

Pas de troubles oculaires.

On fait une injection d'huile grise et on continue l'iodure.

23 août. — L'état est le même. La température est de 39°5 le matin, et 38°4 le soir.

24 août. — Le malade est très obnubilé, on a de la peine à lui faire dire quelques mots. Il souffre d'une céphalée très intense. Il perd ses matières. Photophobie. Persistance du Kernig.

On fait une *ponction rachidienne*. On retire 10 cc. d'un liquide un peu louche. Le culot de centrifugation, coloré à l'hématéine et l'éosine, montre :

Polynucléaires, 86.

Lymphocytes, 14.

Il est à noter que les polynucléaires sont en très bon état de conservation. Après coloration au Giemsa, on n'a pas pu découvrir de tréponème.

Le lendemain, 25 août, on constate une amélioration manifeste. La céphalée a diminué; le malade est moins obnubilé, parle mieux; il n'a pas vomi depuis hier.

Pouls, 68. Température, 37° le matin, 37°2 le soir.

26 août. — Grande amélioration. L'obnubilation a disparu; il répond volontiers aux questions. La céphalée a presque disparu.

Pas de vomissements. Constipation. Rétention d'urine.

La raideur de la nuque persiste très forte. Pas de raideur des membres.

Pouls, 68, régulier. Température, 36°9 et 37°8.

27 août. — Même état, mais il a eu un vomissement.

On fait une nouvelle injection d'huile grise (seringue de Barthélemy entière).

28 août. — On note : Le malade est plus gai, cause volontiers, n'a plus de maux de tête.

Pas de vomissements. La constipation et la rétention d'urine persistent; il y a de la polyurie (plus de 3 litres).

La raideur de la nuque et le Kernig n'ont pas disparu, mais sont très atténués. Il accuse des douleurs le long de la colonne vertébrale.

Pouls, 74. Température, 37°6 et 37°.

2 septembre. — Il commence à uriner seul.

5 septembre. — La raideur de la nuque et le Kernig ont disparu. Il commence à se lever.

Nouvelle piqûre d'huile grise le 6 septembre.

Le malade peut dès lors être considéré comme guéri.

Il quitte le service le 19 octobre, n'ayant plus aucun malaise depuis longtemps.

14 novembre. — Il vient à la consultation, disant avoir mal à la tête depuis quelques jours. On lui conseille d'entrer à l'hôpital, mais il refuse; il ne veut pas non plus interrompre son travail pour venir se faire faire des piqûres. On lui donne donc des pilules de protoiodure.

20 novembre. — On l'amène à l'hôpital avec une hémiplegie. Le 19, étant au travail, il est tombé brusquement à terre, sans connaissance; il a repris connaissance quelques heures après.

A son entrée on constate : respiration stertoreuse. Il n'est pas dans le coma et comprend bien ce qu'on lui dit. Il essaye de répondre, mais sa parole est inintelligible, plutôt par dysarthrie que par aphasie véritable.

Hémiplégie droite. Les deux membres droits sont paralysés; sans être cependant contracturés, on y constate une légère résistance dans les mouvements passifs. La jambe et l'avant-bras sont en légère flexion.

La commissure est légèrement déviée, mais il ne fume pas la pipe; il ne peut siffler. Langue déviée à gauche.

La sensibilité est peut-être un peu diminuée dans la moitié droite du corps, mais cela est très léger.

Des deux côtés on note : exagération des réflexes rotuliens et achilléens, trépidation épileptoïde du pied, signe de Babinski.

Un peu de raideur de la nuque. Douleurs vives dans la région lombaire.

Pas de paralysie des paupières ni des muscles moteurs de l'œil. Dans les positions extrêmes de celui-ci il se produit des secousses de nystagmus lentes, mais de grande amplitude.

Pupilles égales ; elles réagissent mieux à la lumière qu'à l'accommodation. Hippus très marqué.

Le champ visuel paraît normal.

Constipation. La vessie fonctionne bien.

Pouls, 62. Ni sucre ni albumine.

Le lendemain matin le malade est trouvé à la visite dans ce même état. On lui fait une injection d'huile grise (12 centigrammes), une friction avec 4 grammes d'onguent napolitain, et on donne 4 grammes d'iodure de potassium.

22 novembre. — Nouvelle friction.

23 novembre. — Troisième friction. Les deux membres sont absolument flasques.

24 novembre. — Quatrième friction. Persistance de l'hémiplégie, ainsi que des secousses de nystagmus. Incontinence des urines et des matières.

2 décembre. — Neuvième friction ; on continue l'iodure. Eschare fessière. Il parle un peu mieux. Le 5 décembre, il commence à fléchir l'avant-bras droit avec une certaine force.

Des frictions sont faites les 5, 6 et 7. Le 9 on pratique une injection d'huile grise (12 centigrammes).

14 décembre. — On note : l'incontinence d'urine persiste, mais pas celle des matières. L'eschare a augmenté. L'état général est mauvais : prostration, amaigrissement, anorexie. La parole s'est beaucoup améliorée et actuellement on le comprend bien. Température, 38°.

17 décembre. — L'état général s'aggrave et l'eschare s'é-

tend : elle a envahi la région sacrée. L'incontinence d'urine persiste, et il perd à nouveau ses matières depuis deux jours. Des frictions sont faites les 17, 18, 19, 20 et 21. Le 22, on injecte 10 centigrammes d'huile grise.

29 décembre. — Nouvelle injection de la même dose (10 divisions de la seringue de Barthélemy). Il bouge mieux le membre supérieur droit.

Des frictions sont faites chaque jour du 10 au 16 janvier 1907. A cette dernière date, on note que l'état général s'améliore beaucoup, qu'il mange bien, et que l'eschare a bien diminué.

On injecte 12 divisions d'huile grise le 20 février, et 8 divisions le 28.

Le 1^{er} mars, on note : l'énorme eschare est complètement cicatrisée, ainsi que les ulcérations de la verge et des bourses produites par l'urinal. Les deux membres droits sont encore faibles, mais ils font tous les mouvements. Réflexe rotulien exagéré à droite. La parole et l'intelligence ont repris leur état normal. Les réservoirs fonctionnent parfaitement. Le malade engraisse rapidement.

Des piqûres d'huile grise de 8 centigrammes sont faites encore les 6, 13 et 20 mars. Il se produit alors un peu de gingivite.

18 avril. — Piqûre d'huile grise (12 divisions) et friction.

20, 21, 22 avril. — Frictions.

24 avril. — Huile grise (12 divisions).

Rien à noter pendant les mois qui suivent. L'hémiplégie s'est atténuée sans disparaître, et il s'est développé un peu de contracture.

17 octobre. — L'infirmier déclare que depuis cinq ou six jours, le malade a de la peine à trouver ses mots, et qu'il en est qu'il n'arrive pas à prononcer. Mais, quand nous l'examinons à ce point de vue, le malade parle bien, dit tous les mots ; peut-être paraît-il avoir l'intelligence un peu moins vive. Il faut noter qu'il prend du sirop de Gibert depuis le 15 septembre ; on le continue,

11 janvier 1908 (le malade prenait toujours son sirop de Gibert). — On note que pendant la nuit il a eu un ictus; on observe : parole embarrassée, sans aphasie vraie; paralysie faciale *gauche*, faiblesse du membre inférieur gauche, raideur du membre supérieur gauche. La raideur des deux membres droits a beaucoup augmenté.

Ultérieurement, il ne s'est rien passé d'intéressant. Il garde une hémiplegie droite avec contracture, qui le rend tout à fait impotent.

OBSERVATION II

MAURIAC. Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, tome VI, page 161, 1874.)

M. B..., marchand de vins, âgé de 36 ans, d'une bonne constitution, ne présentant dans ses antécédents aucune trace de maladie constitutionnelle héréditaire ou acquise, n'ayant pas d'habitudes alcooliques, entra le 7 décembre 1868 dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 7, n° 21. En 1860, il avait eu un chancre simple non suivi d'accidents syphilitiques.

Dans les premiers jours de novembre 1868, coït suspect après une continence de six mois. Trois jours après, ulcérations sur la verge qui ne se compliquèrent pas de bubons suppurés et ne s'indurèrent que quelques jours après son entrée à l'hôpital. Ces indurations étaient multiples et larges comme des pièces de 2 francs (pilules de protoiodure).

1^{er} février (troisième mois de la contamination). — Il survint une roséole qui disparut au bout de quelques semaines.

En mars, le malade éprouva de violentes douleurs musculaires, principalement dans le côté gauche. On ajouta au traitement hydrargyrique l'iodure de potassium qui fut porté à la dose de 2 grammes.

Malgré la bénignité des accidents cutanés et le traitement suivi avec soin dès le début de la maladie, il se produisit *en mai*, une céphalée très persistante et très vive : ce fut le prodrome de l'encéphalopathie qui se déclara vers le commencement de juin. C'était alors le huitième mois de la contamination. Il n'existait aucun accident du côté de la peau, ni des muqueuses. Depuis un mois, on avait suspendu le traitement hydrargyrique et donné 3 grammes d'iodure de potassium.

Tout à coup, et sans cause appréciable, le malade fut pris d'une fièvre assez vive, mais fugace et irrégulière, accompagnée de constipation, de nausées et de vomissements bilieux. Je cessai de donner l'iodure et fis prendre un purgatif puis un vomitif. Malgré la médication évacuante l'état du malade ne s'améliora pas. La fièvre diminua, mais les phénomènes cérébraux, tels que la stupeur, la somnolence et la céphalée frontale persistante devinrent plus prononcés. On aurait pu croire qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde si le 4 juillet, le malade n'avait été frappé d'une sorte d'attaque apoplectiforme. S'étant levé, il tomba tout à coup avec perte complète de connaissance. Il n'eut ni convulsions, ni écume à la bouche, ni paralysie localisée. Cette attaque fut suivie d'une somnolence qui dura quarante-huit heures.

Les jours suivants l'état morbide cérébral s'accrut de plus en plus : stupeur typhoïde s'élevant quelquefois jusqu'à une dépression, une abolition presque complète de toutes les fonctions cérébrales. Affaiblissement musculaire généralisé. Céphalalgie occipito-frontale. Vomissements alimentaires. Plus de fièvre. Le 13 juillet, je notai l'état suivant : expression d'hébétéude sur la physionomie, somnolence presque continuelle, sans crises d'agitation. Pouls, 76 à 80, régulier, dépressible. Aucune gêne de la circulation veineuse et capillaire. Rien d'anormal au cœur, ni dans les vaisseaux. Intégralité des fonctions respiratoires, peau fraîche ne présentant aucune trace d'éruption. L'adé-

nopathie cervicale, qui avait été très accentuée, avait beaucoup diminué. Troubles du système nerveux. Par moment, fixité du regard et déviation des yeux, mais la vision reste parfaite, quelle que soit la direction des globes oculaires. Les pupilles, un peu rétrécies, se meuvent avec lenteur. Depuis plus d'un mois, céphalalgie persistante avec un paroxysme qui se produit d'habitude vers 8 heures du soir, dure toute la nuit et cesse le matin, vers 7 heures. La douleur siège principalement au niveau de la ligne courbe supérieure de l'occipital, des deux côtés de la ligne médiane, vers le point d'émergence du nerf occipital, et remonte jusqu'aux régions pariétales latérales. Il existe aussi des foyers douloureux sur chaque tempe, avec irradiations temporo-pariétales. La douleur est constrictive plutôt que lancinante, continue, quoique avec des redoublements. Insomnie.

Torpeur intellectuelle depuis un mois, avec difficulté de la parole s'élevant quelquefois jusqu'à une absence presque complète d'expression et de perception. Mémoire très affaiblie. Aucune trace de paralysie faciale. Masses musculaires amaigries. Faiblesse musculaire généralisée, sans paralysie partielle, ni tremblements, ni contracture. Se lève seul, mais titube et chancelle comme un homme ivre. Toutes les sensibilités sont parfaites. La langue est humide, n'est pas déviée et ne tremble pas. Déglutition très facile. Les phénomènes cérébraux qui durent depuis un mois ont augmenté progressivement.

Il existait aussi des troubles du côté du tube digestif. Ainsi, les vomissements qui avaient signalé le début de l'encéphalopathie, vers le 7 juin, n'avaient pas cessé depuis. Ils survenaient quelques minutes après l'ingestion des aliments, sans nausées, et contenaient peu de bile.

Le ventre était fort déprimé, il y avait constipation et inappétence. Foie et rate normaux. Ni sucre ni albumine dans les urines. Dès la chute de la fièvre j'avais fait reprendre 2 ou 3 grammes d'iodure de potassium.

23 juillet. — Amélioration manifeste. Les vomissements continuaient, mais le malade avait repris des forces et il commençait à descendre dans le jardin.

29 juillet. — Appétit considérable malgré les vomissements. Pas de nouvelle attaque, moins de stupeur, céphalée moindre. Marche mieux, mais éprouve encore beaucoup de difficulté à monter et à descendre les escaliers, à cause de la faiblesse des cuisses et des jambes, accidents vertigineux pendant la marche. La mémoire revient. Contraction des pupilles normales, plus d'embarras de la parole, compréhension plus facile. Le malade cause, se promène, et présente les allures d'une convalescence franche.

10 août. — Il sort, il ne lui restait plus que quelques étourdissements. Je ne l'ai pas revu depuis.

OBSERVATION III

GUELFO VON SOMMER. *Intorno ad un caso noterole di meningite sifilitica.* (Il movimento medico chirurgico, fasc. 41 et 42, 1879; analysé par L. Jullien, in *Annales de dermatologie*, 1880.)

Un canonnier de 24 ans souffre d'un chancre syphilitique en juillet 1878; une éruption papuleuse paraît, que l'on soumet au traitement mercuriel; mais le spécifique est mal supporté et on le remplace par l'iodure de potassium, que le malade n'a plus cessé de prendre depuis ce moment. C'est en pleine mer qu'avaient éclaté les accidents et ce fut le 16 octobre, quand le vaisseau toucha Naples, que le malade, en proie à de violentes douleurs ostéocopes, fut admis à l'hôpital.

Le traitement mixte fut institué; mais un mois à peine après son entrée, de graves symptômes encéphaliques se montrèrent; douleurs, mydriase, diplopie, stupeur, parésie de la langue et des membres inférieurs, persistance de la sensibilité cutanée; finalement, mort dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouve la dure-mère injectée, surtout

au niveau de l'apophyse ensiforme du sphénoïde et au ventre. Des deux côtés de la grande faux, il y a adhérence de toutes les méninges avec la substance cérébrale. On note également la turgescence des vaisseaux de la pie-mère et de plus un exsudat gélatinoïde aux environs du chiasma des pédoncules et du pont de Varole. En ces points, la substance cérébrale est œdémateuse, mais nulle part les altérations ne sont plus marquées que dans les ventricules. Leurs parois, ramollies, paraissent se dissocier au contact du liquide qui ressemble à du lait caillé, tandis que de larges exsudats opaques et adhérents recouvrent les plexus choroïdes. On observe également une tendance intime des deux lèvres de la scissure de Sylvius et une opalescence des plus accentuées du cercle de Willis.

OBSERVATION IV

HOFFMANN. Zur meningitis basilaris syphilitica præcox. (*Berliner Klinisch. Wochenschrift*, 1901, n° 41.)

Franz C..., boucher, 26 ans, père et mère bien portants, lui-même a toujours eu une excellente santé. Il eut cependant à 12 ans la rougeole et en 1898 il fut soigné à la Charité pour eczéma aigu.

5 juillet 1900. — Huit jours après un coït apparurent sur le prépuce deux ulcérations plates suppurées qui furent guéries en huit jours par un barbier.

Fin juillet. — Sans avoir vu de femme apparurent à la même place des ulcérations superficielles qui suppurèrent un peu. Il se fit traiter par la même personne. Mais l'une de ces ulcérations ne guérissant pas il vint au milieu d'août à la polyclinique.

L'accident primitif qui siège à la partie inférieure du fourreau est soigné à l'iodoforme.

Le 27 août apparurent des macules clairsemées.

Le 29 août on institua le traitement antisypilitique à la clinique des maladies vénériennes de la Charité.

Puis, sur son désir, il fut envoyé à la polyclinique le 29 septembre, où on lui fit 40 injections de 0 gr. 01 de sublimé. Pendant le traitement, roséole peu abondante et qui disparut. L'accident primitif guérit en laissant une petite cicatrice. Les ganglions de l'aîne et du cou diminuent.

Pendant les premiers jours du traitement le malade eut de violents maux de tête à l'occiput et dans la région frontale qui disparurent au bout de quelques jours. A son départ il était bien portant et ne présentait aucun symptôme de maladie.

20 novembre. — Le malade revient à la polyclinique pour des maux de tête.

Il y a huit jours, sans raison, apparurent de violentes céphalées localisées à la tempe gauche et à l'occiput. Ces douleurs rendent le malade absolument incapable de tout travail. Ces douleurs étaient surtout violentes le matin et le soir et étaient accompagnées d'attaques de vertiges. Le malade eut aussi des vomissements parfois deux ou trois fois par jour, d'autres fois d'une façon continue.

Son état ne s'améliora pas, au contraire, car le 25 novembre au matin, le malade remarqua que sa bouche était de travers et qu'il ne pouvait plus fermer l'œil droit. Comme son état s'aggravait il se fit recevoir le 8 décembre à la Charité.

9 décembre. — L'homme est bien constitué, vigoureux. Il se plaint de violentes céphalées dans le côté droit, surtout, à l'occiput et à la tempe. De plus, de temps en temps, accès de vertige de courte durée avec faiblesse de la vue et diplopie.

Depuis le 6 décembre les vomissements n'ont pas reparu.

Les organes de la poitrine et de l'abdomen sont en bon état.

Urines, ni sucre, ni albumine.

Les ganglions de l'aîne sont des deux côtés gros comme des haricots, durs, indolents.

Sur le fourreau de la verge, une cicatrice non indurée de la grosseur d'un pois.

La moitié droite du visage est flasque, sans expression.

La paupière droite est difformément ouverte.

La commissure labiale droite est tombante.

Le sillon naso-labial a disparu. Il est impossible au malade de froncer les sourcils. Quand il rit ou parle la moitié droite du visage reste immobile, l'œil droit ne peut se fermer. Quand il veut le faire la paupière supérieure tombe un peu et le globe oculaire se tourne vers le haut, de telle sorte que la cornée disparaît sous la paupière supérieure. Les pupilles sont médiocrement dilatées, égales et réagissent d'une façon lente à la lumière. Le malade ne peut siffler, quand il regarde à droite, le bord de la cornée reste éloigné de 3 millimètres du coin des paupières. La langue est un peu dirigée vers la gauche et quand il la sort elle se dirige visiblement vers la droite.

La parole est rendue difficile, peu claire et hésitante.

Le goût est, du côté droit de la langue, incertain, surtout dans la partie antérieure. La mobilité du voile du palais n'existe pas. Dans le domaine du trijumeau droit supérieur, il y a une petite hyperesthésie.

Le malade peut marcher et se tenir debout les yeux fermés.

Les réflexes rotuliens des deux côtés sont un peu exagérés. Dans les deux yeux il y a congestion passive de la papille. Les vaisseaux sont dilatés, sinueux. Il y a diminution de l'acuité visuelle de 5/10. Le champ visuel et la perception des couleurs sont normaux. Pas de troubles auditifs.

Le facial droit ne réagit pas aux courants galvaniques et faradiques.

Les muscles du visage ne réagissent plus à l'excitation faradique, mais il y a une augmentation prononcée de l'excitabilité par les courants galvaniques.

Les contractions sont paresseuses et traînent en longueur. La contraction aux anodes est plus forte qu'aux cathodes.

Par suite de la paralysie faciale complète du côté droit rattachée à une réaction de dégénérescence complète, la pa-

resse du moteur oculaire externe, la faiblesse de l'hypoglosse droit, les troubles du goût dans la moitié droite de la langue joints à de violentes céphalées et à la stase papillaire des deux côtés font porter le diagnostic de méningite basilaire aiguë.

Traitement. — On fit d'abord 5 injections de sublimé à 0,01, puis 35 frictions mercurielles, on donna aussi de l'iode de potassium et des injections d'iodipine à la dose de 4 à 5 cc. La paralysie faciale fut traitée par des courants galvaniques et faradiques.

L'état s'améliora lentement.

A la surface extérieure de l'occiput apparut une tumeur très douloureuse au toucher, de la grosseur d'une noisette, hémisphérique. C'est une périostite syphilitique.

Pendant tout le séjour du malade à l'hôpital, on ne constata plus de vomissements; les vertiges cessèrent bientôt. L'hyperesthésie dans le domaine du trijumeau droit et la paresse de la réaction pupillaire disparurent en peu de jours. L'embarras de la parole, la faiblesse de l'hypoglosse droit et les troubles du goût ne furent plus sensibles après trois semaines.

Les céphalées si pénibles au début diminuèrent peu à peu et à partir du milieu de janvier n'apparurent que rarement, et pour peu de temps, et étaient localisées la plupart du temps dans la moitié droite de la tête et aussi sur la suture médiane et la tempe gauche.

L'acuité visuelle s'améliora peu à peu, la diplopie disparut. La stase papillaire diminua d'abord peu, puis très vite, et fin janvier elle avait complètement disparu.

La paralysie du M.O.E. cessa très lentement, mais cependant jamais complètement.

10 janvier. — On remarque à ce moment, et pour la première fois, des mouvements dans le muscle orbiculaire des paupières et bientôt l'œil droit pouvait se fermer.

Les muscles du visage peuvent effectuer quelques mouvements.

Fin janvier. — Le facial réagit aux courants et les muscles réagissent aux courants induits.

Jusqu'à la fin on remarque qu'à l'excitation galvanique directe il y a une paresse des contractions.

19 février. — Le malade quitte l'hôpital pour des affaires de famille.

Il n'a plus de douleurs, l'œil droit peut se fermer plus rapidement, et en ne laissant qu'une petite fente. La bouche n'est plus déviée. Il existe cependant une légère paralysie faciale droite. Le malade pouvait froncer les sourcils, quand il regardait à droite, le bord de la cornée touchait presque le coin des paupières. Les deux papilles étaient très bien limitées; les veines étaient normales.

Il y avait encore un peu de parésie du facial droit et une certaine faiblesse de l'abducens D.

OBSERVATION V

DEBOVE. Leçon rédigée par Castaigne. (*Gazette hebdomadaire*,
18 septembre 1901.)

Le nommé L..., âgé de 18 ans, est entré dans notre service, salle Sandras, n° 11, le 20 décembre 1900.

Mai 1900. — Il eut un chancre syphilitique de la verge, diagnostiqué et soigné à Ricord, puis survinrent une roséole, des syphilides papuleuses et des plaques buccales. Il fut soigné au protoiodure de mercure et au sirop d'iodure de fer. Il sortit au bout de trois mois et demi.

14 novembre. — Apparut une éruption syphilitique aux pieds. Le 12 novembre, il y avait de l'œdème des jambes jusqu'aux cuisses. Justement inquiet de sa santé, le malade se décide à entrer à l'hôpital. Il est admis dans notre service, où nous l'examinons le 20 décembre 1900. Il a une éruption syphilitique intense, syphilides papulo-squameuses psoriasiformes sur les bras, les jambes.

Syphilides végétantes à l'anus.

L'urine contient une très notable proportion d'albumine. On commence immédiatement le traitement consistant en frictions mercurielles et 4 grammes de KI. Sous l'influence de ce traitement, au bout de quinze jours l'œdème et l'albumine avaient disparu et l'éruption était presque évanouie.

20 janvier. — Le traitement ayant été interrompu une dizaine de jours, il y eut une grande recrudescence dans les manifestations syphilitiques et apparurent sur les jambes des syphilides papuleuses, larges de 4 à 5 centimètres, reposant sur une base surélevée et présentant une petite eschare noire centrale. Il survint une poussée de plaques muqueuses buccales. C'est dans le cours de cette poussée aiguë et grave des accidents syphilitiques que survinrent les accidents méningés.

Remarquez bien que je ne vous décris pas une méningite survenue dans le cours d'une syphilis banale, mais une méningite survenue sous nos yeux, à l'hôpital, au moment même où l'infection vénérienne se traduisait par de graves accidents.

Dans le service nous n'avions aucun cas de méningite et l'on ne saurait invoquer la contagion. Voici dans quel ordre se sont développés les phénomènes.

25 janvier. — L... se sentit plus souffrant, étant descendu dans la cour de l'hôpital, il fut pris d'un étourdissement et perdit connaissance. Revenu à lui, il put remonter très lentement l'escalier et se coucher. Il fut pris de frissons, de fièvre, 39°2. Il eut du délire la nuit. Veuillez bien remarquer le début aigu de la maladie, il est aigu comme celui de la pneumonie et déjà le délire attire l'attention sur les centres nerveux.

26 janvier. — Le malade se plaint d'oppression et cependant l'examen attentif du cœur et du poumon ne révèle aucun trouble de ces organes, mais dans l'après-midi il survient des symptômes qui firent penser à une méningite, la céphalalgie et surtout la raideur de la nuque, qui rendait

impossible tout mouvement de rotation de la tête. La température était de 37°5 le matin et de 39°6 le soir.

La nuit il eut une crise de nerfs terminée par des larmes qui peut fort bien être une crise d'hystérie, car les mêmes crises étaient survenues à une époque très antérieure aux accidents actuels.

27 janvier. — Céphalalgie, insomnie, signe de Kernig.

29 janvier. — Le malade est très somnolent, ses réflexes sont abolis. Diarrhée avec incontinence des matières.

Convaincu qu'il fallait faire un traitement plus intense, nous faisons des injections de biiodure de mercure.

Ce même jour nous pratiquons notre première ponction lombaire. Nous obtenons un liquide trouble manifestement purulent, qui aurait confirmé notre diagnostic si celui-ci eût été douteux.

30 janvier. — Amélioration légère. Douleurs moins vives, incontinence des matières, difficulté pour uriner.

31 janvier. — Amélioration, le malade se sent mieux. Température, 38°3 et 38°6. L'éruption syphilitique diminue, les croûtes se sont détachées, légère albuminurie.

La diarrhée persiste.

2 février. — L'amélioration persistante, les douleurs ont presque disparu. Le sommeil revient, la diarrhée cesse.

5 février. — Après une légère aggravation des jours précédents, il y a une amélioration manifeste. Les éruptions syphilitiques tendent à disparaître.

17 février. — Le malade entrait en convalescence.

11 mars. — Nous le considérons comme guéri et aujourd'hui, 10 mai, s'il est encore à l'hôpital, c'est que nous lui avons conseillé d'y rester longtemps pour subir un traitement antisyphilitique prolongé. Il est bien portant, travaille et remplit les fonctions d'infirmier surnuméraire.

Examen du liquide céphalo-rachidien. Il a été fait 9 ponctions lombaires.

L'examen bactériologique n'a permis de reconnaître l'existence d'aucune sorte de microbes.

Les premières ponctions ont donné un liquide tout à fait trouble, qui s'est ensuite éclairci progressivement à mesure que le malade allait mieux.

Nous n'avons jamais constaté l'existence d'autres microbes, ni par l'examen direct, ni par les cultures, ni par l'inoculation à la souris.

Au point de vue des éléments morphologiques, nous avons constaté dans ce liquide l'existence de lymphocytes et de leucocytes polynucléaires, ceux-ci étant en proportion notable au fort de la maladie.

OBSERVATION VI

POROT. Syphilis cérébrale maligne et précoce d'origine vaccinale, méningite basilaire aiguë. (*Lyon médical*, 9 novembre 1902.)

E... Régis, 23 ans, habitant St-Chamond, entre le 19 avril 1902 dans le service du D^r Lannois, à l'hôpital Saint-Pothin.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler. Les parents et grands-parents sont arrivés à des âges très avancés. Il est le second d'une famille dont les trois autres enfants sont bien portants. Pas de tuberculose dans la famille. Rien qui permette de penser à la syphilis héréditaire.

A. P. — Lui-même s'est toujours bien porté, ne trouve rien à signaler dans son passé pathologique. Il est venu au monde à terme, sans asphyxie à la naissance. Il n'a jamais présenté d'accidents nerveux, a fait une année de service militaire.

Histoire de la maladie. — A son retour du service il jouissait d'une assez bonne santé, travaillait à aider les maçons. Trois à quatre mois après, il commença à s'apercevoir qu'il devenait de plus en plus faible; il ne pouvait marcher longtemps sans être las; bras et jambes le trahissaient à la moindre fatigue. En même temps que cette asthénie croissante il éprouva de violentes céphalées, surtout intenses la nuit; pas de vertiges; il n'avait rien du côté des yeux à ce moment.

Il essaya, mais inutilement, à se reposer, l'asthénie au lieu de décroître ne faisait qu'augmenter, et il ne put reprendre son travail.

Six semaines après, soit six semaines avant l'entrée, l'asthénie devint telle qu'il dut se faire admettre à l'hôpital de Saint-Chamond. L'état d'asthénie et les céphalées persistèrent; l'état général s'aggrava et pendant son séjour il aurait même présenté de la température (40°), aurait déliré avec perte de connaissance.

Pendant plusieurs jours il serait même resté dans le coma et dit ne plus se rappeler ce qu'il a fait. La connaissance lui revint un peu, mais il garda toujours sa céphalée tenace, eut des vomissements fréquents, vomissements brusques, incoercibles, ayant les caractères du vomissement cérébral. Puis apparurent des symptômes oculaires : cela commença par de l'affaiblissement de la vue, sensation de brouillard; il eut de la diplopie pendant plusieurs jours; enfin, sa paupière gauche devint tombante avec impossibilité de la relever.

A l'entrée, le malade est dans un état d'asthénie profonde; il est à peu près incapable de rester debout, ses jambes ne peuvent le porter et il chancelle immédiatement; cette asthénie l'oblige à rester au lit. Le malade, qui d'ailleurs ne paraît que peu développé au point de vue intellectuel, est dans un état d'obnubilation marqué et paraît insensible à ce qui se passe autour de lui, répond avec peine et lenteur. Il se plaint continuellement de sa faiblesse et de céphalées surtout nocturnes. Il a un très mauvais état général : teint pâle, amaigrissement; la langue et la bouche sont recouvertes d'un enduit saburral.

EXAMEN SOMATIQUE. — *Extrémité céphalique, paupière.*
— Ptosis complet à gauche avec élévation du sourcil; à droite, paupière un peu tombante aussi.

Globes oculaires. — A l'état statique, strabisme, l'œil gauche étant dévié en dehors.

A l'état dynamique, on constate : à droite, une parésie

nette des muscles innervés par la III^e paire ; à gauche, paralysie très marquée du moteur oculaire externe (VI^e) droit. Le mouvement associé du regard dans la partie droite du champ visuel (action croisée du III^e gauche) est le plus compromis.

Pupilles. — Sont des deux côtés en forte mydriase, plus accusée à gauche. A l'accommodation, faible réflexe, lent à apparaître et à disparaître. A la lumière, contraction également très faible et très paresseuse.

Le *champ visuel* paraît respecté. Il n'y a pas actuellement de diplopie pour toutes les parties du champ visuel.

Face. — On constate une asymétrie faciale très accusée : la commissure labiale remonte à gauche où elle paraît élevée, avec pli naso-génien plus accusé de ce côté. Le côté droit de la face semble parésié et la mimique s'exécute surtout à gauche. Dans le sourire, les premiers mouvements ont lieu en dehors de la commissure, et le second mouvement, celui d'élévation de la lèvre supérieure, se passe surtout à gauche, bien qu'il semble exister aussi de ce côté un peu de parésie.

La motilité linguale est assez bonne.

La luette est déviée à droite et il semble que la moitié droite du voile s'élève davantage.

Pas de troubles de la déglutition.

La respiration est un peu courte et superficielle, mais normale comme rythme et comme fréquence.

La *parole* est lente et embarrassée, rappelant celle de la paralysie labio-glosso-laryngée.

Au niveau des *membres*, on note une faiblesse musculaire généralisée, prédominante au niveau des membres inférieurs. La résistance aux mouvements est faible.

Sensibilité normale partout, à tous les modes.

Les *réflexes* sont forts aux membres supérieurs, nettement exagérés aux membres inférieurs avec prédominance marquée du côté gauche : de ce côté le réflexe patellaire est très fort, le réflexe achilléen s'obtient au moindre contact

du tendon. On a même eu, le soir de l'entrée, quelques secousses épileptoïdes du membre inférieur gauche.

Pas d'incoordination motrice.

Examen du fond de l'œil par le D^r Jacqueau : à droite, papille normale ; à gauche, décoloration légère du côté externe de la papille.

Examen de l'oreille par le D^r Chavanne :

Tympan : droit, épaississement généralisé sans triangle lumineux ; gauche, épaississement général, triangle à peine marqué.

Acuité auditive. Montre : oreille droite = 0,30 cent. ; oreille gauche = 0,20 cent. ; voix chuchotée $> 5^m$ des deux côtés ; acoumètre $> 5^m$ des deux côtés.

Weber : pas de latéralisation. Rinne : Faiblement positif.

Conduction osseuse et aérienne diminuées assez fortement, sauf aux extrémités de l'échelle *ut*⁴ et *ut*⁶.

Du côté de l'intelligence, on note une obnubilation encore très accentuée, mais pas de confusion mentale, pas de délire.

Rien du côté des organes splanchniques.

En présence de ce tableau symptomatique, le diagnostic auquel il fallait penser était celui d'accidents cérébraux syphilitiques : la céphalée prémonitoire, l'asthénie, la paralysie des nerfs de la base, l'âge du sujet, l'évolution des symptômes rappelaient trop les accidents de la *méningite basilaire syphilitique* pour qu'on n'orientât pas immédiatement les recherches dans ce sens.

Ce diagnostic de syphilis était corroboré par ce fait que le malade portait sur tout le corps des cicatrices nombreuses : les unes, larges et circonscrites, plus grandes qu'une pièce de 5 francs, siégeaient sur la face externe du bras droit, sur l'avant-bras gauche, sur la région claviculaire droite, au-dessus de la fesse gauche, — les autres, plus petites, blanches, souples, avec cercle d'hyperpigmentation périphérique occupaient un siège d'élection sur la nuque et le dos, entre les deux épaules. Par leur simple aspect, ces cicatrices de-

vaient faire penser à des syphilides cicatrisées, et ce fut aussi l'opinion du chef de clinique des maladies vénériennes à qui le malade fut montré.

Le malade niait toute maladie vénérienne.

On lui demanda ce qu'il avait eu au niveau de ces cicatrices : il raconta qu'il avait eu une série d'ulcérations dont la première était survenue au bras droit, à la suite de la vaccination qui avait été pratiquée, il y a quinze mois, à son arrivée au corps.

Quelques jours après, il avait eu un petit bouton de vaccin, qui avait continué à augmenter de volume, s'était étalé, ulcéré, et qui dura plusieurs mois, pendant que d'autres apparaissaient en d'autres régions du corps. Il fut pendant quatre à cinq mois porteur d'accidents cutanés indolores, mais s'accompagnant d'un mauvais état général, faiblesse, amaigrissement.

Le médecin qui l'avait vacciné avait prélevé du vaccin sur une plaque, mais la même lancette servait à tous, sans être flambée. Deux ou trois de ses camarades auraient eu des accidents éruptifs graves. Cette histoire imposait le diagnostic de syphilis vaccinale.

Un traitement mercuriel intensif (injection de benzoate de mercure) fut immédiatement institué et amena une amélioration rapide et remarquable.

Quinze jours après, le malade se levait et marchait, la céphalée disparaissait.

Un mois après, le malade pouvait descendre à l'Hôtel-Dieu pour être présenté à la Société des sciences médicales. Les forces étaient revenues et telles que le malade demandait sa sortie la cinquième semaine après son entrée.

22 mai 1902. — Il restait encore à la sortie des symptômes nets du côté des nerfs oculo-moteurs, mais bien moins accusés.

A gauche, le ptosis toujours visible était bien moindre ; les mouvements en haut, en bas et en dedans, encore un peu limités, avaient toutefois gagné beaucoup d'amplitude.

A droite, le droit externe était toujours parésié, mais commençait à avoir quelques mouvements. Pas de ptosis. Les mouvements des droits supérieur, inférieur et interne se faisaient bien. Dilatation pupillaire persistante avec lenteur des réflexes.

Il persistait de la parésie faciale droite, une faiblesse plus marquée des membres à gauche avec exagération manifeste des réflexes du même côté.

20 septembre. — Le malade est rentré dans le service il y a quelques jours.

L'amélioration qu'il avait éprouvée au moment de la sortie a été de courte durée, bien qu'on eût recommandé au malade de continuer un traitement mercuriel, ce qu'il ne fit pas. Son état est resté à peu près stationnaire; il n'a pu reprendre son travail et est retourné à l'hôpital de Saint-Chamond, où on lui a fait prendre de l'iodure.

Les céphalées n'ont pas réapparu.

Si ses forces ne se sont pas très accrues, il a du moins engraisé de 7 kilos depuis sa sortie du service.

L'obnubilation a disparu, la parole est absolument libre.

La paralysie faciale droite persiste, du type périphérique.

Les paralysies oculaires ont presque disparu; il ne persiste qu'une légère parésie de la musculature externe, une ophtalmoplégie interne plus accusée avec mydriase et lenteur des réactions. En outre, inégalité pupillaire, la mydriase étant plus accusée à gauche.

Il y a de l'exagération générale des réflexes aux membres supérieurs et inférieurs. Elle est très intense aux membres inférieurs, surtout à gauche, où existe de la trépidation épileptoïde.

A signaler aussi un tremblement généralisé, plus visible aux membres supérieurs, de faible intensité.

2 octobre. — Nouvelle amélioration par les injections de benzoate de mercure.

OBSERVATION VII

GAILLARD et D'ELNITZ. (*Société médicale des hôpitaux*,
séance du 12 juin 1903.)

M^{me} D..., âgée de 22 ans, couturière, est admise à Lariboisière, salle Aran, n° 15, le 4 mai 1903, à 10 heures du matin.

Absolument inconsciente, elle ne peut répondre à aucune question, mais sa mère, qui l'accompagne, déclare qu'elle a été soignée récemment à Saint-Louis pour la syphilis. Elle présente d'ailleurs, à la région cervicale, une pigmentation tout à fait caractéristique.

Nous apprenons en outre que la perte de connaissance est survenue le matin même, à 7 heures, précédée d'une céphalée violente, qui durait depuis quatre jours. La malade, femme robuste, bien musclée, est couchée en chien de fusil, la tête immobilisée par la contracture de la nuque, les membres fléchis et contracturés. Quand nous cherchons à vaincre cette contracture, la patiente pousse des cris. L'inégalité des pupilles est difficile à constater, mais le strabisme existe. Pas de dépression du ventre en bateau. Pas de vomissements. Pas de saignement de la bouche. Pas de plaie de la langue. Pas d'herpès des lèvres. Raie méningitique évidente. Pouls rapide, régulier, respiration régulière. L'examen du cœur et des poumons ne révèle aucune lésion. Faut-il admettre du méningitisme hystérique, une hémorragie méningée, une méningite cérébro-spinale à pneumocoques, une méningite tuberculeuse, ou une méningite syphilitique. On institue immédiatement le traitement. Injection de 2 centigrammes de benzoate de mercure. Nous prescrivons en outre un lavement purgatif. Pas de médicaments par la voie buccale, la déglutition des liquides étant impossible.

À cinq heures du soir, même inconscience. La malade est agitée. Elle pousse fréquemment des cris et se débat quand on veut modifier sa position dans le lit. On a dû la maintenir et la surveiller de près. Pas de vomissements, mais rejet

de mucosités qui souillent l'oreiller. Pas de convulsions. Emission involontaire d'urine. Contracture de la nuque et des membres. Raie méningitique.

Température, 39°4. Pouls régulier. Respiration régulière. Lavement avec 4 grammes d'hydrate de chloral.

5 mai. — Température, 39°7. Etat stationnaire. Pas d'irrégularité du pouls ni de la respiration. L'agitation persiste ainsi que l'inconscience absolue.

Il est impossible de faire avaler la moindre gorgée de liquide. Très péniblement, et avec le concours de plusieurs aides, nous réussissons à faire asseoir la malade, d'abord pour rechercher le Kernig qui existe, ensuite pour pratiquer la ponction lombaire.

La ponction fournit un liquide légèrement louche, dont l'écoulement témoigne d'une hypertension modérée. Après centrifugation, ce liquide donne un dépôt appréciable, qui, d'après l'examen microscopique, est constitué presque uniquement par des lymphocytes ; parmi eux, quelques rares mononucléaires et quelques rares polynucléaires.

Nous continuons le traitement, injection intramusculaire de 2 centigrammes de benzoate de mercure.

Lavement d'hydrate de chloral : 4 grammes. Le soir, 39°8. Pas de vomissements, pas d'irrégularité du pouls ni de la respiration. Encore du délire d'action. Déglutition impossible.

6 mai. — 38°8. La nuit a été agitée, malgré le chloral. Injection de benzoate. Vers 3 heures de l'après-midi la malade se réveille lentement de son long sommeil. Son mari, qui est venu la voir, lui fait boire trois biberons de lait. Elle accuse une soif vive. Elle n'a conservé en aucune manière le souvenir de ce qui s'est passé avant la crise. A 5 heures du soir, 38°6. Pour la nuit encore un lavement de chloral.

7 mai. — Nous trouvons la malade complètement réveillée, se plaignant seulement de céphalée et de courbature. Langue saburrale ; pas de vomissements, pas de nausées. Le lait est dégluti sans difficulté. La contracture de la nuque

et des membres a disparu. Pouls régulier. Respiration régulière. Raie méningitique persistante. Pas de désordre viscéral. Nous continuons les injections. Suppression du chloral. Le soir, 37°3. Euphorie. Les jours suivants, 37° environ.

12 mai. — Stomatite nécessitant l'interruption du traitement. Ulcération de la face interne de la joue droite.

19 mai. — Seconde ponction lombaire. Pas d'hypertension; le liquide s'écoule goutte à goutte. Nous n'en recueillons que 3 cc. Il est limpide et la centrifugation ne détermine aucun dépôt. Très peu d'éléments figurés. La stomatite étant guérie on reprend le traitement jusqu'au 7 juin, date de la sortie de l'hôpital. A ce moment l'état est excellent. Pas de désordre viscéral. Pas de troubles des sens spinaux; pas de signe d'Argyll Robertson. Pas de troubles de la sensibilité générale ni de la motilité. Désireuse d'éviter une récurrence elle promet de revenir tous les jours pour subir ses piqûres de benzoate.

Voici maintenant son histoire, racontée par elle-même, et complétée par M. Blondin, interne à Saint-Louis. Elle affirme n'avoir jamais eu de maladies sérieuses pendant l'enfance et l'adolescence. Pas d'anémie, pas de chlorose, pas de tuméfaction des ganglions lymphatiques. Jamais de crises de nerfs. Menstruation régulière. Mariée à 18 ans, elle n'a pas eu de grossesses. C'est au mois d'août que la roséole apparut, très étendue, très intense, bientôt suivie de nombreuses papules. On n'a pas trouvé de chancre. Malgré le traitement au protoiodure, régulièrement suivi, les manifestations cutanées ne se sont atténuées qu'avec une très grande lenteur. Au mois de décembre, injection unique de calomel provoquant de la stomatite, puis injection d'huile biiodurée trois fois par semaine.

Au début de janvier 1903, la stomatite est intense et nécessite l'admission à Saint-Louis dans le service du Dr Du Pastel. Le séjour à l'hôpital est de plus d'un mois. Au mois de février la malade quitte l'hôpital et reprend à son do-

micile l'usage du protoiodure. Deux pilules de 5 centigrammes par jour. Dès lors, pas d'incidents jusqu'au 30 avril, où se manifeste la céphalée, qui devient atroce, intolérable les 1^{er} et 3 mai. Le 4 mai, à 7 heures du matin, perte de connaissance nécessitant le départ immédiat pour l'hôpital.

OBSERVATION VIII

J.-A. SICARD et ROUSSY. (*Revue neurologique*, juin 1904.)

Méningite aiguë cérébro-spinale syphilitique. — Evolution sept mois après le chancre et au cours du traitement spécifique. — Cytologie du liquide céphalo-rachidien. — Autopsie.

Examen clinique. — Il s'agit d'un homme de 41 ans, B..., ouvrier, et qui, vers le mois de juin 1903, avait déjà été hospitalisé dans le service pour une céphalée intense, accompagnée de vomissements passagers et de vertiges. La notion nettement établie d'un chancre induré, contracté trois mois auparavant, fit poser le diagnostic d'accidents méningés syphilitiques et commanda la thérapeutique. Des injections d'huile grise furent pratiquées à doses habituelles et la guérison complète du malade ne tarda pas à survenir. A titre préventif et dans le cours d'une santé parfaite une nouvelle série d'injections mercurielles furent pratiquées dans le mois d'octobre de la même année. C'est durant cette seconde période de traitement, à la quatrième injection d'huile grise, que B... fut amené de nouveau dans le service avec tous les symptômes d'une méningite aiguë à début relativement brusque. Il existait de la céphalée, une certaine raideur de la nuque, du Kernig; quelques vomissements, rares, il est vrai; du strabisme intermittent. Pas de signe de Robertson. Une ponction lombaire, pratiquée dès l'entrée, confirma le diagnostic par la présence de très nombreux éléments cellulaires : lymphocytes prépondérants associés à quelques polynucléaires.

Malgré une nouvelle cure mercurielle biiodurée, et vers le sixième jour de l'évolution méningée, apparut brusquement une paralysie droite des membres supérieur et inférieur, accompagnée d'une légère parésie du facial inférieur du même côté. Il était difficile, étant donnée la torpeur intellectuelle du malade, de savoir s'il y avait aphasie ou dysarthrie. Bientôt survint l'exagération de tous les réflexes tendineux, avec Babinski à droite, les sphincters devinrent incontinents, la prostration s'accrut et sans fièvre, sans dissociation du pouls et de la température le malade succomba après une période comateuse de quelques heures.

Une ponction lombaire faite deux jours avant la mort amena une polynucléose avec liquide stérile bactériologiquement à la culture et sur lame.

Autopsie pratiquée vingt-six heures après la mort.

A l'ouverture du crâne, on ne constate rien d'anormal au niveau de la boîte osseuse : la dure-mère se détache facilement. Le cerveau apparaît recouvert d'un œdème gélatiniforme présentant, par places, au niveau de la convexité surtout, l'aspect collodionné décrit par Fournier et Oppenheim. Même aspect des espaces sous-arachnoïdiens et pie-mériens de la moelle sur toute son étendue. Lorsqu'on cherche à détacher la pie-mère cérébrale, par endroits on constate de très légères adhérences de cette membrane avec la substance cérébrale.

Les coupes macroscopiques font voir un canal épendymaire médullaire dilaté, ainsi que l'aqueduc de Sylvius et les ventricules latéraux. On ne distingue nulle part de foyers de ramollissement, mais déjà on peut préjuger des altérations vasculaires par la coupe de l'artère sylvienne gauche, qui présente des bourgeons thrombosiques.

Les autres viscères ne présentent aucune altération à signaler. Les poumons et les reins sont congestionnés.

Examen histologique. — Méninges, cerveau, moelle, ganglions, ont été examinés au Nissl, à l'hématoxyline-éosine, au Van Gieson, ou au Marchi.

Méninges molles. — Les espaces sous-arachnoïdiens et pie-mériens sont, sur toute l'étendue des centres nerveux, aussi bien au niveau des différentes régions cérébrales que des divers étages de la moelle, le siège d'une infiltration embryonnaire intense. Ce sont de petites cellules rondes, lymphocytaires, qui par places se réunissent en amas. On peut, par des colorations électives à l'orange, mettre en évidence, au milieu de ces cellules rondes, des éléments polynucléaires plus abondants en certains points.

Les vaisseaux spinaux, veines ou artères (avec une prédilection peut-être plus marquée pour les veines, suivant la remarque de MM. Brissaud et Lamy) sont le siège de lésions de péri ou d'endovascularite. L'infiltration embryonnaire ne s'avance que peu dans les septa conjonctivo-vasculaires, mais les vaisseaux spinaux antérieurs et postérieurs sont le siège d'une dilatation évidente.

Le canal épendymaire est également dilaté et légèrement infiltré.

Les racines ne sont atteintes que superficiellement, l'infiltration embryonnaire ne fait que les recouvrir sans les pénétrer ni les dissocier. Cette même infiltration (fait intéressant) se retrouve au niveau des ganglions rachidiens, au point de jonction ganglionnaire du cul-de-sac arachnoïdopie-mérien. La capsule ganglionnaire est épaissie; les cellules nerveuses ganglionnaires, au contraire, ne présentent aucune altération nette.

Par le Marchi, on ne constate au niveau de la moelle ni réaction des gaines de myéline, ni corps granuleux. Les cellules nerveuses des cornes antérieures examinées au Nissl ont gardé leurs contours normaux, sans chromatolyse.

Au niveau du cerveau, en dehors des enveloppes méningées directes, il n'existe de réaction de la substance cérébrale que dans le territoire nerveux desservi par la sylvienne gauche.

La sylvienne gauche se présente à la coupe sur une étendue de près d'un centimètre avec un caillot fibrineux qui

en oblitère presque complètement la lumière. L'endartère a proliféré activement, déterminant la coagulation de la fibrine; l'infiltration s'est étendue à la mésartère, aux vasa-vasorum, à l'adventice, sans que l'on puisse saisir exactement la lésion de début. Dans le département cérébral correspondant, au niveau des fronto-pariétales ascendantes, les coupes prennent mal les colorants, ont un aspect lavé; les cellules pyramidales présentent de la chromatolyse périphérique, les capillaires sont dilatés; à leur pourtour, on ne retrouve pas de diapédèse hématique, mais un début de réaction lymphocytaire. Nulle part de corps granuleux. On pressent la lésion de ramollissement, peut-être celle d'encéphalite vraie?

Les *plexus choroïdiens* ont conservé leur épithélium épendymaire; mais leurs vaisseaux sont très dilatés, avec, par endroits, un certain degré de diapédèse hématique, sans infiltration embryonnaire.

OBSERVATION IX

Professeur KRÖNIG. (*Dermatologische Centralblatt*, octobre 1905, n° 1.)

A. M..., mouleur, 22 ans, a eu dans son enfance la rougeole, la diphtérie, la scarlatine, et a été réformé pour un vice du cœur, dit-il. Il travaille dix heures par jour et par une forte chaleur.

1^{er} février 1903. — Il eut la grippe et il dut garder le lit; il eut de la fièvre et des maux de tête.

Au milieu de mars, il eut des douleurs dans la nuque, surtout au moment des mouvements.

26 mars. — Il est reçu à l'hôpital. Le malade est de taille moyenne, il a une physionomie indifférente et comme fatiguée. On ne constate pas d'une façon évidente des troubles de l'innervation de la musculature du visage. Les pupilles réagissent à la lumière. Les organes de la gorge ne présentent rien de particulier.

On remarque vers le nez et sur le front des cicatrices pig-

mentées, qui après examen du D^r Max-Joseph peuvent être considérées comme des reliquats certains d'une syphilis.

Le malade est las, indifférent, inquiet. La nuque présente de la raideur et les mouvements y sont douloureux. male ne dépassant pas la cinquième côte. Abdomen plat et Réflexes rotuliens normaux. Réflexes plantaires augmentés.

Rien au cœur et aux poumons. Foie de consistance normale. Rate non palpable. On ne constate nulle part de ganglions enflammés. Pouls, plein, régulier. Température, 37°8.

Examen ophtalmoscopique. — A droite le fond d'œil est tout à fait clair, les artères sont très visibles. Papilles à bords nets.

A gauche, nous trouvons le même aspect.

Le malade prend de l'iodure.

La fièvre, malgré quelques fortes exacerbations et rémissions, se maintient entre 36°7 et 38°4. Son intelligence devient plus nette. Le malade peut aller et venir, il présente quelques petites oscillations du corps et quoique non complètement guéri il demande à sortir de l'hôpital.

Six mois plus tard, le 14 novembre 1903, le malade revient dans un état analogue à celui de la première fois et même plus grave.

Le malade déclare avoir eu un chancre il y a deux ans et avoir souffert assez longtemps d'une affection suppurée de la peau.

La pupille gauche est plus large que la droite. La langue est déviée à gauche, quand il la tire.

A l'examen ophtalmoscopique, on constate à droite un gonflement de la moitié de la papille du côté temporel; les bords de la papille sont flous. En outre, il existe manifestement une coudure des vaisseaux rétinien à leur passage sur la papille.

Sous l'influence du traitement ioduré, amélioration de courte durée en ce qui concerne les maux de tête. Le malade demande à quitter l'hôpital après quelques jours de traitement.

Trois jours après il est pour la troisième fois reçu à la clinique, le 21 novembre 1903.

Le malade est de nouveau obnubilé et répond avec lenteur. Il se plaint à nouveau de maux de tête violents. Température, 36°4. La pupille gauche est plus large que la droite.

Examen ophtalmoscopique. — Aux deux yeux, mais surtout à droite, les limites de la papille sont fortement floues, à gauche, la moitié temporale de la papille est de coloration blanche; à droite, les vaisseaux sont fortement sinueux à leur passage sous la papille. Les réflexes rotuliens des deux côtés sont renforcés.

Pas de clonus du pied, ni Babinski.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Même aspect qu'antérieurement. Le malade est étendu dans son lit fortement obnubilé. Il ne parle pas, boit et mange seulement quand on le lui donne.

Pas de vomissement. Raideur de la nuque assez peu marquée.

Frictions mercurielles et 5 grammes par jour d'iodure.

24 novembre 1903. — Le malade est excité, se dresse sur son lit et grimpe aux barreaux. La langue n'est pas déviée. Paralysie dans le domaine des nerfs du visage peu évidente.

3 décembre. — Le malade est entièrement obnubilé. Il ne répond plus aux questions, parle avec confusion, est agité et court autour de la salle.

4 décembre. — Vomissements. Dans les bras, dans les jambes, et aussi un peu dans le visage, apparaissent des convulsions toniques. L'intelligence est entièrement troublée. Les pupilles sont dilatées et ne réagissent plus à la lumière. Les convulsions durent environ dix minutes. Après leur disparition, la conscience du malade paraît un peu revenue, mais cependant il est toujours fortement obnubilé.

5 décembre. — Ponction lombaire (en position horizontale). Au commencement, la pression varie entre 310 et 500. Les oscillations de pression sont de hauteur normale.

Après un écoulement de 7 cc., la pression tombe à 150. Le liquide est clair comme de l'eau. Au microscope, à côté d'une certaine quantité de globules rouges, quantité de lymphocytes. Après quelques jours, le patient est plus calme et essaie de descendre de son lit.

Après vingt-quatre heures, l'obnubilation perd de son intensité. Le malade répond pour la première fois d'une façon nette. Il ne se plaint plus de ses maux de tête.

En outre, la mine est visiblement meilleure. Il mange et boit seul. A la visite, il paraît en pleine possession de ses facultés intellectuelles. Il plaisante même avec le médecin au sujet de l'amélioration de sa santé.

Les vomissements et les convulsions ont complètement disparu.

15 décembre. — La convalescence se poursuit sans incident. Le patient est tout à fait conscient et ne se plaint plus de ses maux de tête et de nuque.

1^{er} janvier 1904. — Le malade est levé. La pupille gauche est encore un peu plus large que la droite. Très bon état général.

15 janvier. — Le malade quitte l'hôpital tout à fait bien portant, et depuis la guérison est restée complète.

OBSERVATION X

SIEGFRIED SUCHY. (*Wiener medizinische Woch.*, 1906, n° 21.)

Joseph C..., hussard au 4^e escadron du 11^e régiment, entre à l'hôpital le 27 juin 1904, pour un accident primitif qui guérit après treize jours de traitement intensif.

En juillet 1904 apparut pour la première fois, sur le tronc, un exanthème, sous forme de macules, qui diminuèrent après 25 frictions.

Du 6 au 25 septembre, du 7 au 20 novembre et du 14 août au 10 septembre 1905, quelques récidives de la maladie, sous forme de plaques muqueuses à la bouche ou aux organes génitaux, et cela pendant le traitement fait à l'hôpital.

9 octobre. — Il entre à l'hôpital militaire pour de nouveaux accidents spécifiques : plaques muqueuses aux deux lèvres, avec de gros ganglions enflammés et une forte anémie. On lui fit des frictions avec 3 grammes d'onguent mercuriel.

25 octobre. — Le malade se plaint de violents maux de tête et de violentes douleurs dans les yeux. De plus, il déclare y voir mal. Les douleurs sont si violentes que le malade court autour de sa chambre comme un fou et pousse des cris. Les douleurs sont surtout violentes la nuit et arrache le malade de son sommeil. Les os du crâne ne sont pas douloureux à la pression, de même aucun changement pathologique dans les globes oculaires. Par contre, le malade déclare voir tout sombre pendant quelques instants, et que parfois il existe des obscurités dans son champ visuel.

Examen du fond d'œil. — Les papilles des deux côtés sont rouge vif, mal limitées, la coloration rouge vif est interrompue par des taches blanches. Les artères sont fortement gorgées de sang, les veines de même. Il n'existait pas de plissement apparent des vaisseaux au bord de la papille. Il existait donc des deux côtés une névrite optique.

25 novembre. Je remarque sur la poitrine et sur le dos du malade des nodosités écailleuses grosses comme une tête d'épingle, luisantes, brun rouge et disposées en groupe, que je reconnais pour être des manifestations syphilitiques papuleuses.

Sous la continuation des frictions, combinées à de fortes doses d'iodure, de la glace et de la morphine, se produit à vue d'œil une amélioration considérable de l'état général, pendant que les douleurs de tête et oculaires diminuent peu à peu. L'exanthème de même.

L'anémie, par contre, reste sans changement, il se produisit même une faiblesse extraordinaire de tout le corps.

Une bronchite se déclare à ce moment.

Je tiens encore à mentionner que la température était restée le plus souvent normale. Cependant, quelquefois se produisait une température *subfébrile*.

17 décembre. — L'aspect du malade change d'une façon frappante. Le malade, à la visite, présente une confusion complète des idées exprimées et une perte de la mémoire. Il ne reconnaissait plus les personnes qui s'occupaient journellement de lui. Il ne peut indiquer la date de sa naissance. Il ne se souvient plus du nom de ses supérieurs. La physionomie est abattue. L'infirmier raconte qu'il but le gargarisme qui se trouvait sur la table de nuit (c'était du permanganate). On lui demande pourquoi il a fait cela, il répond à plusieurs reprises « que ce soit chaud pour lui ».

L'examen du système nerveux ne révèle aucune paralysie. Les pupilles étaient dilatées, mais réagissaient à la lumière, quoique lentement, ainsi qu'à l'accommodation.

En revanche, le malade présente des troubles de la défécation et de la miction; le malade évacuait involontairement ses matières et ses urines. En somme, le malade est sale, il souille ses mains avec ses matières, et ne demande jamais à être nettoyé, il tiraille ses couvertures, etc. Eschare fessière à droite, malgré un coussin à air. L'apathie et l'indifférence augmentent de plus en plus et fait place à une stupeur inexprimable.

Le 5 janvier, apparaissent de graves convulsions dans les deux extrémités supérieures et de la raideur de la nuque. Le malade est étendu sur son lit, la bouche largement ouverte, la tête est renversée et immobilisée sur la nuque. Les mains sont sans cesse agitées de tremblements. La langue et les lèvres sont sèches. Le malade refuse toute boisson et perd ses matières et ses urines. Le matin du même jour apparaissent des troubles cardiaques. Pouls arythmique, petit, accéléré.

7 janvier. — A 8 heures du matin, le malade meurt.

Pour être complet, je mentionnerai qu'après l'apparition des manifestations cérébrales graves on essaya des injections de salicylate de Hg, mais on dut y renoncer, à cause d'une infiltration très douloureuse.

Autopsie. — La dure-mère n'était pas adhérente aux os

du crâne, mais assez fortement adhérente avec les méninges molles. L. Meyer reconnaît à ces signes une lésion syphilitique caractéristique des méninges.

Les méninges molles étaient troubles et épaissies au niveau des circonvolutions antérieures et postérieures.

A l'ouverture du troisième ventricule, les deux thalami optici et les corps quadrijumeaux étaient transformés en une masse molle gris blanche. En outre, le troisième ventricule était rempli par un liquide teinté de sang.

Les veines de la convexité du cerveau étaient gorgées de sang et épaissies. L'épaississement des parois des artères de la base, était frappant; cet état de chose est considéré par Heubner comme la cause la plus fréquente des maladies cérébrales dues à la syphilis. Ces lésions dans la suite conduisent à des ramollissements par thrombose.

OBSERVATION XI

RAVAUT et PONSELLE. Contribution à l'étude des lésions encéphalo-méningées chez le nouveau-né syphilitique. (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 12 janvier 1906.)

A la fin du mois de décembre 1903 entrait, à la crèche annexée au service du Dr Thibierge un enfant de trois semaines, présentant des signes caractéristiques de syphilis héréditaire. Le père était syphilitique.

L'enfant présentait une éruption de syphilides papuleuses, confluentes à la face, au cou, sur le tronc. Le foie et la rate étaient considérablement augmentés de volume. De plus, il présentait des symptômes nerveux : c'étaient des convulsions limitées à la face et aux muscles de la nuque et du dos. Plusieurs fois par jour il était pris de contractions des muscles oculaires se traduisant par du strabisme passager et du renversement des globes oculaires, comme s'il voulait regarder la face inférieure de son cerveau; de même, les contractions des muscles de la nuque et du dos amenaient fréquemment le rejet de la tête en arrière. Ces cri-

ses convulsives duraient quelques minutes et se répétaient à quelques heures les unes des autres.

La fontanelle antérieure était nettement tendue, et l'on apercevait quelques veines superficielles du crâne, plus saillantes qu'à l'état normal. En dehors de ces symptômes, on ne constatait pas d'autres phénomènes morbides susceptibles d'expliquer l'existence de ces convulsions. Cet enfant offrait tous les signes d'une cachexie syphilitique profonde.

5 janvier. — On fait une ponction lombaire. Le liquide s'écoule sous forte tension et l'examen cytologique révéla une grosse mononucléose : 25 à 30 éléments uninucléés par champ. Le liquide ne fut pasensemencé, mais sur lames, on ne constatait aucun microbe.

Dix jours après, l'enfant succombait aux progrès de la cachexie, les phénomènes convulsifs ayant persisté jusqu'à la mort.

Autopsie. — La rate a presque le volume de celle d'un adulte; elle est dure et très congestionnée. Le foie est très gros et présente tous les caractères du foie silex. Au niveau du cerveau se voit une congestion très nette de tous les vaisseaux superficiels, des circonvolutions de la face externe, avec léger épaississement de la pie-mère, surtout dans les régions antérieures des hémisphères.

Entre chacune des circonvolutions se voit très nettement un vaisseau gorgé de sang, autour duquel la méninge est légèrement épaissie. Le chiasma optique, les nerfs et les vaisseaux de cette région sont noyés dans un exsudat gérofibrineux donnant l'aspect d'une toile d'araignée tendue sur cette région; sur la place correspondante de la base du crâne, au niveau des sinus caverneux et autour de la selle turcique se retrouve nettement la trace de l'exsudat de la base du cerveau sous forme de traînées grisâtres. Les autres régions du cerveau, le cervelet, la moelle, paraissent intacts extérieurement. La coupe des hémisphères cérébraux permet de constater une série de petites hémorragies corticales formant une série de stries rougeâtres de 1 à 2 mil-

limètres de long, parallèles les unes aux autres et perpendiculaires à la surface du cerveau.

De nombreux fragments de cerveau, de moelle, de foie, de rate, etc., ont été prélevés. Deux ans plus tard, ces fragments sont examinés et traités par le nitrate d'argent et l'acide pyrogallique, suivant la technique de Ramon y Cajal, modifiée et appliquée par M. Levaditi, à la coloration des spirochètes dans les coupes.

Dans le foie et la rate nous avons trouvé de très nombreux spirochètes tout à fait caractéristiques.

Bien plus intéressant nous a paru l'examen du système nerveux. Disons tout de suite que dans le tissu cérébro-médullaire ou ses émanations nous n'avons pas trouvé de spirochètes. Au contraire, ils existaient en très grand nombre dans les vaisseaux, à leur périphérie et surtout dans le tissu inflammatoire qui s'était développé dans le voisinage de ces derniers.

Une première série de coupes ont été faites au niveau du sinus caverneux, où l'on avait constaté les traînées grisâtres formées par l'exsudat séro-fibrineux. Dans l'épaisseur de la dure-mère, dans le tissu conjonctif et dans les nerfs, on ne trouve en aucun point trace de spirochètes, alors qu'ils existent en grand nombre dans les vaisseaux, dans leurs parois et dans le tissu inflammatoire voisin.

Dans l'intérieur de nombreux vaisseaux veineux, on constate qu'il s'est formé un véritable caillot constitué par des amas plus ou moins denses de leucocytes uninucléés et de globules rouges très altérés; dans le tissu intravasculaire se voient de nombreux spirochètes associés à des cocci variés. Nous ne saurions dire en ce qui concerne ces derniers, s'il s'agit de microbes ayant eu un rôle pathogène, ou s'il faut les considérer comme des germes développés sur le cadavre. Dans l'exsudat périvasculaire, les spirochètes sont très nombreux et en plein développement, et semblent libres au milieu de cet exsudat fibrino-cellulaire. La paroi vasculaire a donc agi comme un filtre, en maintenant dans

l'intérieur du vaisseau les germes d'infection secondaire et en ne laissant traverser que les spirochètes qui, à eux seuls, sont venus former à son pourtour ces néoformations.

Sur des coupes pratiquées au niveau du cortex cérébral en des points où se voit de l'épaississement de la pie-mère et de la congestion vasculaire, on retrouve à peu près la même disposition.

Des coupes ont été également pratiquées sur des régions ne paraissant pas atteintes d'inflammation méningée; c'est ainsi qu'au niveau de la protubérance, en différentes régions de la moelle, nous n'avons pu constater qu'avec l'intégrité des vaisseaux et de la méninge coïncidait l'absence de spirochètes.

Les plexus choroïdes ne présentaient de spirochètes que dans l'intérieur des vaisseaux.

OBSERVATION XII

Étude des réactions méningées dans un cas de syphilis héréditaire, par MM. Paul RAVAUT et DARRÉ. (*Gazette des hôpitaux civils et militaires*, 12 février 1907.)

Mère. — L..., âgée de 25 ans, entre le 25 mai 1903 dans le service de M. Thibierge, à l'hôpital Broca. Cette malade a contracté la syphilis en 1897, elle a eu successivement un chancre vulvaire, de la roséole et des plaques muqueuses au niveau de la vulve, de la bouche et dans la gorge. De plus, elle est enceinte de sept mois, et bien que ne présentant aucun accident, elle est au traitement mercuriel et ioduré depuis le début de sa grossesse. Un mois après son entrée dans le service, et au huitième mois de sa grossesse, elle accoucha d'une petite fille, dont voici l'observation.

Enfant. — S. L..., naît le 25 juin 1903, à l'hôpital Broca. Elle est très peu développée, son poids est de 1 kil. 970, elle ne présente aucune malformation, et l'on ne peut trouver aucun symptôme de spécificité, tant du côté du tégument et des muqueuses que du côté des viscères.

Quinze jours après la naissance apparaît une légère vulvite qui rétrocede en quelques jours.

Trois semaines après la naissance, la syphilis héréditaire commence à se manifester: on constate au niveau de l'anus deux plaques muqueuses très nettes; la rate et le foie sont plus gros qu'à la naissance; les aines et les aisselles sont criblées de petits ganglions. Cependant l'état général est bon et le poids augmente progressivement. Cette enfant est mise au traitement mercuriel sous forme de frictions d'onguent mercuriel et d'ingestion de liqueur de Van Swieten. Dans les jours qui suivent, apparaissent de nouvelles plaques anales et des plaques buccales; il n'y a jamais eu de lésions cutanées.

16 septembre 1903 (à l'âge de 3 mois environ). — Le poids baisse brusquement de 360 grammes; l'état général devient mauvais. On constate une raideur de la nuque extrêmement marquée; la tête est en extension forcée permanente, et il est difficile de la fléchir. La contracture existe aussi, quoique beaucoup moins accentuée au niveau du dos et des lombes; il y a un léger degré d'opisthotonos; les membres inférieurs sont également un peu raides; le signe de Kernig est net. Le ventre n'est pas rétracté. Cette contraction s'exagère lorsqu'on examine l'enfant; elle rend impossible la recherche des réflexes. Quelques rares mouvements convulsifs se seraient manifestés au niveau des membres de la face. A part un léger ptosis de la paupière gauche, il n'y a pas de paralysies. On n'observe aucun trouble moteur du côté des yeux et les pupilles sont normales, moyennement dilatées. La sensibilité paraît intacte; la face et les muqueuses sont pâles; on ne trouve aucun phénomène vaso-moteur; il n'y a pas de raie méningitique. La tête est volumineuse. Les sutures crâniennes sont élargies et la fontanelle antérieure est fortement tendue. Les veines sous-cutanées du crâne et plus particulièrement les veines temporales superficielles sont très notablement dilatées d'un côté comme de l'autre.

L'examen des divers organes ne révèle pas la cause de ces accidents méningés. L'enfant a de l'inappétence, mais ne présente ni vomissements, ni diarrhée : il existe au contraire une légère constipation. A l'examen macroscopique des selles, on n'a jamais trouvé de vers intestinaux. Le ventre n'est pas douloureux au palper. A l'examen du poumon, on ne trouve rien d'anormal; la respiration est régulière. Le cœur est sain; le pouls régulier est environ à 110. Il n'y a pas de lésion appréciable du nez, de la bouche, du pharynx, des oreilles; on ne trouve aucune plaie cutanée.

17 septembre. — Le même état persiste; la température rectale est de 36°. Les signes cliniques de la réaction méningée sont aussi intenses.

On pratique une première ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien s'écoule en jet, et on en recueille environ 10 cc. L'examen cytologique y démontre l'existence d'une grosse réaction lymphocytaire : environ 30 lymphocytes par champ d'objectif à inversion (obs. 1/12 immersion Stiasnie, oc. 1). L'albumine recherchée par l'ébullition ne paraît pas augmentée.

Le traitement mercuriel par les frictions et l'ingestion de liqueur de Van Swieten est continué et on en augmente les doses.

18 septembre. — La température est de 36° le matin et de 36°7 le soir.

Les phénomènes méningés sont moins intenses. La fontanelle est moins tendue et les veines temporales moins dilatées. L'opisthotonos a disparu. L'enfant est moins agitée. Cependant la raideur de la nuque et le signe de Kernig persistent. Pendant ces deux jours, le poids s'est encore abaissé de 100 grammes.

20 septembre. — En présence des résultats obtenus par la première ponction lombaire, on en pratique une seconde et l'on retire encore 10 cc. de liquide rachidien.

21 septembre. — La raideur de la nuque a complètement disparu; la température est remontée à 37°. L'enfant

paraît guérie. On constate encore la distension de la fontanelle et de la dilatation des veines temporales. Pendant cette crise, elle a perdu 540 grammes de son poids.

Les jours suivants l'enfant continue à se rétablir, ne présente plus aucun symptôme de réaction méningée et au bout d'un mois elle a regagné son poids initial.

3 octobre. — On pratique une ponction lombaire et l'on constate que la réaction a déjà diminué d'intensité, car on ne trouve plus que 15 lymphocytes par champ d'objectif à immersion.

16 octobre. — Sans que rien puisse le faire prévoir, notre petite malade est reprise de phénomènes absolument semblables, quoique beaucoup moins intenses. On voit brusquement réapparaître de la raideur de la nuque, la tension des fontanelles, la dilatation des veines du crâne, l'agitation, l'insomnie, mais il n'y a pas de contraction du tronc ni des membres, il n'y a pas de convulsions et l'on ne retrouve pas le signe de Kernig. L'état général est peu touché. La température n'est abaissée que d'un demi-degré.

18 octobre. — Les mêmes phénomènes persistent, et l'on constate une diminution du poids de 30 grammes. On pratique une ponction lombaire qui donne issue à un liquide en légère hypertension. L'examen cytologique montre que la lymphocytose n'est plus que de 8 à 10 lymphocytes par champ d'objectif à immersion.

Dès le soir, on constate une diminution de la distension de la fontanelle; la nuque est moins raide.

23 octobre. — Tous ces signes cliniques d'irritation méningée ont disparu.

Cette deuxième crise a donc été beaucoup moins intense et moins prolongée que la première.

En présence de ces accidents répétés, on soumet l'enfant aux injections d'huile grise et aux frictions mercurielles.

23 novembre. — L'enfant est reprise des mêmes troubles méningés avec raideur de la nuque, convulsions, distension de la fontanelle et dilatation des veines du crâne. On pra-

tique une ponction lombaire. Le cyto-diagnostic montre environ 10 lymphocytes par champ. Dès le lendemain, la raideur de la nuque a disparu.

15 décembre. — Réapparition des convulsions et de la raideur de la nuque : nouvelle ponction lombaire. Cyto-diagnostic : 10 lymphocytes par champ. Ces accidents ne durent que vingt-quatre heures et comme les fois précédentes, disparaissent presque aussitôt après la ponction.

12 janvier, 1904. — La mère voulant emmener son enfant chez elle, on pratique une ponction lombaire pour juger de l'état du liquide céphalo-rachidien. Cyto-diagnostic : 8 à 10 lymphocytes par champ.

1^{er} février. — La mère ramène son enfant à l'hôpital, car depuis quelques jours, elle a constaté la réapparition des phénomènes méningés. Les signes sont toujours les mêmes : raideur de la nuque et en partie du tronc sans aucun autre phénomène nerveux ; tension de la fontanelle et dilatation des veines temporales superficielles ; léger abaissement de la température à 36° ; perte de poids évidente, car l'enfant pèse 195 grammes de moins que le 15 janvier. Rien du côté des autres organes.

2 février. — On pratique une ponction lombaire ; on évacue 10 cc. de liquide céphalo-rachidien dont on ne fait pas l'examen cytologique.

5 février. — Tous ces signes cliniques d'irritation méningée ont complètement disparu.

Depuis cette dernière crise, l'enfant, toujours traitée par des injections d'huile grise et des frictions, n'a plus présenté aucun accident syphilitique, ni aucun symptôme d'irritation méningée constatable cliniquement et les nombreuses ponctions lombaires qui ont été pratiquées de temps en temps pendant trois ans, montrent que le liquide céphalo-rachidien est resté normal pendant tout ce temps.

1^{er} mars. — Un mois après l'apparition de la dernière crise, on pratiqua une ponction lombaire. Cyto-diagnostic. Réaction nulle. Albumine normale.

1^{er} juillet. — Liquide normal à ce double point de vue.

19 mai 1905. — L'examen des yeux montre qu'il n'y a aucune lésion de ce côté.

25 mai. — Liquide céphalo-rachidien normal.

A cette époque, l'enfant a de l'entérite et ne présente aucun phénomène méningé clinique, ni de réaction du liquide rachidien.

25 novembre. — Liquide normal.

15 avril 1906. — Liquide normal.

20 septembre. — Liquide normal.

28 janvier 1907. — Liquide normal.

Actuellement (février 1907), l'enfant a 3 ans et demi; elle est très bien portante. Son développement physique s'est fait d'une façon satisfaisante : sa taille est de 87 centimètres, elle présente cependant les signes d'un léger rachitisme : nouures peu accentuées des poignets, genu valgum léger.

Il n'existe aucun trouble moteur; pas de raideur, pas de troubles de la marche; les réflexes sont normaux. La tête est restée un peu volumineuse (47 centimètres de tour de tête), le front est bombé, la fontanelle s'est fermée il y a trois mois. Ce qui est surtout important à noter, c'est le retard du développement psychique; l'enfant n'a commencé à marcher qu'à l'âge de vingt et un mois; elle avait trente mois lorsqu'elle a commencé à parler. Elle paraît intelligente, mais, faute d'éducation et de soins, est en retard dans son langage.

OBSERVATION XIII

GAUCHER et MALLOIZEL. (*Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 1907, page 83.)

Syphilis secondaire rebelle au mercure, survenant par poussées cutanées accompagnées d'accidents méningés.

Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, qui a contracté la syphilis en juillet 1906; soignée au mois de septembre pour

des syphilides papuleuses généralisées, confluentes, sauf sur le cou et la paume des mains, elle n'a pas cessé, depuis, d'être soumise à un traitement mercuriel intensif (pilules, piqûres de benzoate, frictions).

Malgré ce traitement, les accidents n'ont pas cessé depuis cette époque et ont revêtu un caractère clinique spécial.

Les éléments papuleux ont disparu partout, sauf sur les avant-bras et la face : en ces points, l'éruption semblait disparaître, quand brusquement survenaient des poussées de syphilides papulo-croûteuses, impétigineuses, qui ne cédaient progressivement qu'au bout de quinze jours. Jusqu'à l'heure actuelle, la malade a eu 7 poussées successives ; fait intéressant, chaque poussée d'efflorescence cutanée était primitivement accompagnée d'un syndrome méningitique brusque, avec *fièvre légère*, caractérisée par une céphalée vive, de la raideur de la nuque, des vomissements spontanés, de la constipation. Une ponction lombaire, qui soulagea beaucoup la malade, montra une réaction rachidienne très marquée et surtout une hypertension extrême du liquide céphalo-rachidien ; l'examen ophtalmoscopique montra corrélativement une papillite inflammatoire.

Actuellement, les symptômes cérébraux ont disparu, la névrite optique est en régression, néanmoins, la malade a eu le 23 février une nouvelle poussée cutanée.

L'intérêt de cette observation résulte de cette marche cyclique, mensuelle, des poussées éruptives et céphaliques.

OBSERVATION XIV

L. BOIDIN et Pierre WEIL. (*Presse médicale*, 19 octobre 1907.)

Ch. L..., 18 ans, imprimeur, entre à l'hôpital de la Charité, salle Corvisart, n° 33, le 8 août 1906, dans la soirée.

Examiné le 9 au matin, nous le trouvons abattu, plongé dans une demi-torpeur dont il est difficile de le tirer. Il est couché en chien de fusil, les yeux mi-clos, répondant mal

aux questions, d'une voix monotone et traînante. Il présente tout à fait l'allure d'un méningitique. Il se plaint d'une céphalée très vive, est constipé, mais n'a pas vomé depuis son entrée.

Nous constatons une raideur douloureuse de la nuque, un signe de Kernig très marqué. Le ventre est en bateau. Pas de raie méningitique. Les réflexes tendineux sont abolis aux membres supérieurs et aux membres inférieurs. Les réflexes cutanés (abdominal, crémastérien) sont normaux; le réflexe plantaire est en flexion. Légère inégalité pupillaire. Pas de strabisme, ni de ptosis. Pas de photophobie. Réflexe à la lumière normal, réflexe oscillant de la pupille assez net.

Les voisins de salle nous apprennent que, la nuit, le malade a présenté du délire d'action et de parole; nous recherchons si ce délire revêt le type du délire onirique, ou s'il présente une systématisation quelconque. Il n'en est rien: le malade a seulement cherché à se lever et a proféré des paroles incohérentes, sans suite aucune.

La température est 37°5. Le poulx, lent, bat à 55; il est régulier, égal, bien frappé. Respiration ample, régulière, à 22.

La langue est saburrale; il existe un liséré saturnin que nous recherchons, car la pancarte indique que le malade exerce la profession d'imprimeur.

Les urines, peu abondantes (250 grmames), sont foncées. Il existe un léger nuage d'albumine.

L'état de somnolence du malade, la fatigue que lui occasionne l'interrogatoire, empêchent d'avoir aucun renseignement sur ses antécédents et sur le début des accidents. Etant donnée la faible élévation de la température et l'allure générale de la maladie, nous pensons à une méningite tuberculeuse; mais, en palpant la région inguinale, on est frappé de l'existence de ganglions bilatéraux, durs, non enflammés, roulant sous le doigt. Aucune excoriation des membres inférieurs, mais nous trouvons dans le sillon ba-

lano-préputial un chancre induré. On ne constate aucun autre accident spécifique : ni roséole, ni plaques muqueuses, ni alopecie, ni ganglions sous-occipitaux. Pour compléter notre enquête, nous prions sa femme de venir à la visite le lendemain.

1^{er} août. — Sa femme nous apprend l'histoire des accidents. Ils ont débuté trois semaines auparavant, le 15 juillet, par une céphalée frontale très vive à maximum nocturne. Cette céphalée va en s'accroissant et le malade s'alite.

2 août. — La constipation s'installe le 5 août ; les vomissements apparaissent. Ils sont très fréquents et surviennent après la moindre ingestion alimentaire. Le malade tombe dans une demi-somnolence ; la nuit, il a le délire. On le transporte alors à l'hôpital. Cette histoire nous a été confirmée dans la nuit par le malade qui nous a renseigné aussi sur ses antécédents : ses parents sont âgés et bien portants ; un de ses frères est mort de tuberculose pulmonaire. Lui-même n'a eu aucune maladie ; il est imprimeur ; mais n'a jamais eu d'accidents saturnins.

Nous examinons sa femme, qui présente la cicatrice d'un chancre vulvaire ; elle est en pleine éruption roséolique ; elle a des plaques muqueuses buccales, de l'adénopathie sous-occipitale.

Nous instituons un traitement antisyphilitique par injection quotidienne de 1 centigramme de biiodure de mercure.

10 et 11 août. — L'état méningé persiste identique, la température se maintient entre 37°3 et 37°9. Le pouls s'élève à 80 ; les urines deviennent plus abondantes.

12 août. — Même état méningé ; mais, à l'examen du corps, pratiqué avec attention tous les jours, on constate l'apparition d'une roséole pâle et discrète au niveau de la région lombaire.

13 août. — L'état méningé s'améliore ; le malade n'a pas déliré pendant la nuit et sort de son état de torpeur. La céphalée est moins vive ; pas de vomissements ; la consti-

pation moins opiniâtre. La température est à 37°, le pouls à 60. La raideur de la nuque, le signe de Kernig sont toujours très manifestes. Les réflexes tendineux sont toujours abolis. Les éléments roséoliques s'étendent et se précisent; bien que pâles, on les constate nettement au niveau des lombes, du thorax, de l'abdomen.

14 août. — L'amélioration s'accroît; les pupilles sont redevenues égales, les réflexes tendineux ont réapparu aux membres supérieurs, où ils ont une intensité normale; ils sont encore abolis aux membres inférieurs.

Le malade est encore couché en chien de fusil; la nuque est encore très raide, mais le signe de Kernig a considérablement diminué. Pouls à 88; température à 37°3; 100 gr. d'urines encore légèrement albumineuses.

15 août. — Roséole très nette. Le Kernig a disparu. La raideur de la nuque persiste, mais moins marquée.

Les réflexes achilléens sont revenus partiellement; ils sont plus faibles que normalement, surtout à droite. Les réflexes rotuliens manquent encore.

Température à 37°2. Pouls à 68.

Les urines sont beaucoup plus abondantes que les jours précédents (1.600 grammes).

17 août. — La constipation a disparu; la céphalée persiste, frontale, surtout nocturne, mais bien moins vive qu'auparavant.

Tous les réflexes tendineux sont redevenus normaux, à l'exception cependant des réflexes rotuliens qui sont encore abolis.

La roséole a diminué de teinte et d'étendue.

Le signe de Kernig et la raideur de la nuque ont disparu.

Pouls bien frappé, à 88. Température à 37°1; 1.500 gr. d'urines.

Ch. L... est convalescent.

Le traitement mercuriel est continué.

Le malade est assez pâle depuis une huitaine de jours.

L'examen de son sang donne les résultats suivants : globules rouges = 2.387.000 ; valeur globulaire = 0,8. Globules blancs = normaux comme nombre et comme équilibre.

28 août. — Le malade peut être considéré comme guéri. Trois litres d'urine par vingt-quatre heures les jours précédents. La céphalée a complètement disparu, ainsi que la roséole. Le chancre est cicatrisé. Il n'est pas survenu d'autres accidents syphilitiques.

Ch. L... quitte le service le 7 septembre 1907.

Ponctions lombaires. — Quatre ponctions lombaires ont été pratiquées. La première (deuxième jour après l'entrée) : liquide clair, hypertendu, lymphocytose pure (10 à 12 éléments par champ d'immersion). Deuxième ponction (cinquième jour après l'entrée) : liquide clair, légèrement hypertendu, sans réticulum fibrineux, un peu plus albumineux que normalement. Très léger culot blanchâtre après centrifugation.

Le culot du premier tube sert à faire des préparations sur lames. On fait sans résultat des Ziehl et des Giemsa. L'examen cytologique montre lymphocytose à peu près exclusive (15 éléments par champ d'immersion) ; les lymphocytes sont altérés, à noyaux un peu diffluent, et prennent mal les colorants.

Le culot du deuxième tube est inoculé sous la peau d'un cobaye. Ensemencements sur les milieux usuels qui restent négatifs.

Troisième ponction (quatorzième jour après l'entrée) : liquide clair, très légèrement hypertendu. Pas de culot ; quantité d'albumine plus forte que lors des ponctions précédentes.

Les lames montrent une lymphocytose pure et abondante (25 lymphocytes par champ d'immersion, petits et bien colorés).

Quatrième ponction (la veille de la sortie, trente jours après l'entrée). Le liquide sort en jet. Il est clair.

Pas de culot après centrifugation. Lymphocytose très

légère (2 ou 3 lymphocytes par champ d'immersion). Grands lymphocytes altérés.

Les deux cobayes inoculés avec le liquide céphalo-rachidien sont sacrifiés le 30 septembre, c'est-à-dire plus de six semaines après l'inoculation. Ils sont indemnes de toute lésion tuberculeuse.

OBSERVATION XV

MAGNE. Syphilis maligne précoce terminée par une méningite aiguë.
(*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° du 20 octobre 1907.)

Raoul B..., 28 ans, charcutier, était un garçon robuste, issue d'une famille très saine ne présentant dans ses antécédents rien à signaler, notamment au point de vue tuberculeux.

En juin 1906, il contracta la syphilis. D'emblée elle s'annonça grave.

Le chancre apparut trois semaines après le coït infectant, se compliqua de phagédénisme qu'il fut difficile d'arrêter. Après la roséole, les accidents se succédèrent sans interruptions : plaques muqueuses buccales, pénéniennes, éruptions papuleuses généralisées crustacées au niveau du cuir chevelu, rupiacées, présentant déjà le caractère du tertiarisme précoce, car peu de temps après leur effervescence ils se ramollissaient et guérissaient ensuite en laissant une cicatrice pigmentée.

Il y eut une ulcération du voile du palais détruisant une partie de la luette et des piliers du côté gauche. Sur la verge apparaissait une ulcération analogue qui devint aussi phagédénique. Elle s'étendit en surface, décolla complètement le fourreau presque jusqu'à sa racine et devint ensuite térébrante à son point de départ. L'urètre fut perforé, d'où fistule consécutive.

Tous ces accidents avaient évolué dans le premier mois de l'infection, se succédant par périodes subintrantes. L'état

général du malade s'en était naturellement ressenti. Dès qu'il avait connu la nature de son mal, Raoul B... s'était désespéré, avait perdu sommeil et appétit, était devenu d'une maigreur extrême.

Puis la maladie paraissait perdre de sa virulence. Raoul B... reprenait courage. Il retrouvait son appétit et reprenait son embonpoint quand survint la méningite terminale.

Elle débuta en mai-juin 1907 par une céphalée moyenne, mais à peu près continuelle, empêchant le malade de dormir. Parfois survenaient des accès aigus de courte durée.

Raoul B... était alors en traitement, La potion biiodurée-iodurée étant sans effet, on prescrivit sans succès et dans l'ordre que nous indiquons : quelques frictions mercurielles et de l'iodure à l'intérieur, puis une potion iodurée, puis une autre iodo-bromurée, puis des cachets d'antipyrine. Notons ici que le malade ne tolérait pas les piqures.

28 juin. — La céphalée persiste. On prescrit des pilules d'extract thébaïque à 2 centigrammes, deux à trois par jour.

29 juin. — Raoul B... a pris une pilule la veille au soir et une le matin même. Il souffre moins. Très léger état de torpeur attribué à l'opium.

2 juillet. — Appelé auprès du malade, nous notons ce qui suit : il est couché en opisthotonos et paraît profondément endormi. Pulsations, 48 à la minute. Température au-dessous de 36. Respiration calme, mais très ralentie, refroidissement des extrémités.

Nous le secouons vigoureusement et nous parvenons à grand-peine à le tenir éveillé. Le facies est hébété. Obnubilation intellectuelle. La station verticale est possible, mais le malade oscille sur sa base et titube en marchant. Le signe prédominant est la somnolence. Dès que l'on cesse de fixer son attention, le malade s'endort debout, assis, couché, dans toutes les positions. Sommeil tout à fait comparable à celui que l'on observe dans certains cas de tumeurs cérébrales.

La famille interrogée donnait les renseignements sui-

vants : depuis trois jours, l'attitude et la physionomie bizarres du sujet avaient frappé son entourage. Raoul B... avait vomi plusieurs fois. La veille il était parti le matin à 8 heures et rentré le soir à 4 heures. Aux questions inquiètes de ses parents, il avait fait des réponses incohérentes. Ensuite il s'était couché et depuis dormait profondément.

Ce tableau symptomatique devait nous faire redouter une lésion de syphilis cérébrale. Toutefois l'apparition des phénomènes morbides et notamment la somnolence coïncidait à tel point avec l'administration de l'opium, que l'hypothèse d'une intolérance pour ce médicament nous sembla digne d'être prise en considération.

Nous instituons le traitement de l'intoxication aiguë par l'opium : caféine, acétate d'ammoniaque, café noir en abondance.

3 juillet. — Euphorie qui nous confirme dans notre erreur. La température est à 37°, le pouls à 76. La somnolence est moins profonde.

4 juillet. — L'état s'est aggravé. La somnolence est profonde. Délire tranquille. Carphologie. Le malade élève les bras et exécute des mouvements de préhension. Température, 37°3.

Tiré de sa torpeur, il présente de la raideur de la nuque et des troubles sensoriels. Amblyopie, hypoacousie. Le goût et l'odorat paraissent très affaiblis sinon abolis, car les médicaments et aliments les plus variés sont absorbés par Raoul B... avec indifférence.

A l'examen objectif, déformation pupillaire très nette; pupille droite irrégulièrement arrondie, pupille gauche ovale à grand axé incliné de haut en bas et de dehors en dedans.

Ventre en bateau. Signe de Kernig. Réflexes des membres inférieurs légèrement exagérés. Température, 37°3. Pas de raie méningitique.

Le doute n'est guère possible. Il s'agit d'une méningite

aiguë. Pour en avoir la certitude, nous décidons de recourir à la ponction lombaire.

5 juillet matin. — Paralyse du facial inférieur droit, affaiblissement marqué des réflexes abdominaux et crémasteriens. Abolition du réflexe lumineux. Le réflexe d'accommodation ne peut être étudié, la somnolence et l'amblyopie en rendant la recherche indécise. Remarquons ici que l'amblyopie n'est pas assez marquée pour justifier à elle seule la disparition du réflexe lumineux.

Soir. Strabisme interne très manifeste. Ponction lombaire et examen du liquide céphalo-rachidien, pratiqué par M. Sabrazès.

En voici les résultats :

« Le liquide s'est écoulé en jet. Il a une couleur aqueuse, sans avoir la limpidité de l'eau de roche. Il s'y forme au bout de quelque temps un ou deux filaments fibrineux très légers. On a retiré de 15 à 20 cc. Le dépôt de centrifugation est assez abondant, blanc un peu grisâtre. Il contient énormément de lymphocytes et quelques polynucléaires. Le décompte fournit les chiffres suivants : lymphocytes, 85 p. 100. Polynucléaires neutrophiles, 15 p. 100. Quelques-uns donnent une réaction iodophile légère. On ne trouve pas de microbes par l'examen direct.

La recherche des spirochètes a été négative. La mise en culture sur gélose n'a pas fourni de microbes.

Examen chimique. — Excès d'albumine. Absence de glycose. On inocule à un cobaye, sous la peau, 2 à 3 cc. du liquide. Le 15 septembre, ce cobaye a été autopsié et ne présentait, ni au point d'inoculation, ni dans la rate, ni ailleurs, de lésions tuberculeuses.

6 juillet. — *La ponction a produit une amélioration notable.* La somnolence est moins profonde. Le malade entend mieux et voit de même. Depuis la veille, on a institué un traitement d'assaut : benzoate et vasogène hydrargyriques ; le premier en injections intra-veineuses, le second en frictions sur la nuque. A l'intérieur, 4 grammes d'iodure de potassium deux fois par jour, en lavement.

9 juillet. — Le mieux a été éphémère. Depuis vingt-quatre heures, la somnolence, les troubles sensoriels ont réapparu. Dans l'espoir d'obtenir à nouveau quelque amélioration, nous demandons à M. Sabrazès de pratiquer une deuxième ponction. L'examen du liquide donne des résultats à peu près identiques à ceux du premier. Absence de germes. Même formule leucocytaire.

10 juillet. — La ponction ne produit aucun effet.

Nous observons des variations dans l'intensité et dans la qualité de certains phénomènes : réapparition momentanée, puis disparition définitive du réflexe lumineux; au strabisme succède une immobilité absolue du globe oculaire gauche : l'œil est *figé*. Le sommeil, toujours très profond, est entrecoupé de périodes demi-lucides. Parésie des membres inférieurs.

Puis l'état s'aggrave petit à petit. La température augmente légèrement, sans jamais, toutefois, dépasser 38°. Les réflexes abdominaux, crémastériens, rotuliens, disparaissent. Les sphincters se relâchent. La sensibilité superficielle et profonde est fort émuée. Le sommeil devient du coma.

19 juillet. — Intermittences du pouls. *Arythmie respiratoire*. En chatouillant la plante des pieds on provoque, du côté gauche, le phénomène de Babinski. Du côté droit, anesthésie.

21 juillet. — Décès.

OBSERVATION XVI

LAUBRY et GIROUX. Méningite aiguë syphilitique. (*Tribune médicale*, 4 janvier 1908.)

L... Eugénie, 24 ans, danseuse, entre le 9 mai 1907 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Damaschino, lit n° 14, dans le service du Dr Vaquez, pour des accidents nerveux, dont le début date de plus de deux mois. Vers les premiers jours de mars, la malade se trouvant en Espagne commença à

ressentir des maux de tête violents, tantôt accompagnés de douleurs lombaires, tantôt alternant avec elles. Mais les crises sont assez rapides, passagères, cèdent ou paraissent céder au traitement névralgique banal et sont compatibles avec les occupations journalières. Cependant, dès cette époque, l'interrogatoire attire l'attention sur certains phénomènes qui précédaient ou suivaient les accès douloureux, vertiges, bourdonnements d'oreilles et nausées. Ceux-ci étaient plus fréquents le matin au réveil, et les nausées furent une ou deux fois suivies de vomissements survenant sans efforts.

20 mars. — Il survient une crise particulièrement grave. La malade est réveillée par une céphalée frontale et des douleurs lombaires très intenses. Les muscles de la nuque et du tronc sont raides, comme ankylosés; elle veut se lever, mais n'y parvient pas. Il y a des vomissements, de la courbature, des douleurs irradiant dans les membres, particulièrement aux membres inférieurs. Un médecin appelé à ce moment porte le diagnostic de grippe, conseille le régime lacté, et fait appliquer des sinapismes aux mollets. Cet état aigu persiste une huitaine de jours, avec quelques accalmies et une amélioration progressiv qui permet de quitter le lit, au bout de ce temps, et de reprendre une partie des occupations habituelles. Mais la tête reste lourde, avec de temps en temps des douleurs lancinantes; la courbature est persistante, la fatigue survient au moindre effort; et l'inappétence s'accompagne de régurgitations, de vomissements, de constipation, état qui finit par inquiéter la malade et la fait rentrer à Paris, le 10 avril.

11 avril. — Elle demande provisoirement asile à une de ses parentes, dans la crainte que son voyage n'aggrave son état. Mais se sentant suffisamment bien portante, elle rentre chez elle, reste relativement bien jusqu'à la fin du mois. Le 2 mai, dans la rue, elle est prise de vertiges; elle voit les objets au milieu d'un brouillard, animés de mouvements et par intervalles, doubles; la marche lui devient de

plus en plus pénible ; elle est obligée de se soutenir aux arbres ou aux maisons pour garder son équilibre, prise par les passants, dit-elle, pour une femme ivre ; une voiture la conduit chez elle où elle se couche aussitôt.

Malgré ces troubles, et une nuit assez agitée, avec insomnie, cauchemars, sensations vertigineuses, elle essaie, le lendemain matin, 3 mai, de se lever à nouveau ; elle y parvient, peut faire quelques courses, conservant dans la journée la tête un peu lourde, mais le soir elle présente une véritable crise suraiguë qu'observe notre confrère et ami, le Dr Bouquerel : céphalalgie et rachialgie intenses, contraction très nette des muscles de la nuque et du tronc, sans secousses épileptiformes, vomissements alimentaires, sans nausées cette fois, et bilieux, constipation opiniâtre, ventre en bateau, signe de Kernig très net, légère élévation thermique, $38^{\circ}1$, pouls à 100 pulsations par minute. Ce tableau symptomatique fait porter au Dr Bouquerel le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Il prescrit une révulsion le long de la colonne lombaire et des bains chauds.

5 mai. — L'un de nous est appelé en consultation par le Dr Bouquerel, et ne seraient les renseignements très circonstanciés et très minutieusement observés par notre confrère et ami, il ne pourrait à la vérité confirmer son diagnostic. La malade est étendue sur son lit, la figure fatiguée par la crise longue et douloureuse de la nuit, mais les phénomènes ont en partie disparu ; l'intelligence très lucide lui permet de répondre nettement à notre interrogatoire et de nous narrer les faits qui précèdent. Elle a plutôt l'apparence d'une hystérique au sortir d'une crise, que d'une méningitique en période d'accalmie. Néanmoins, persistent quelques symptômes objectifs atténués qui sont : une légère raideur des muscles de la nuque, des réflexes manifestement forts, sans clonus il est vrai, mais accompagnés nettement de Kernig, d'une réaction des gros orteils en extension (signe de Babinski surtout net du côté droit), d'un ptosis droit, sans autre paralysie oculaire, sans signe d'Argyll Robert-

son, sans diplopie. Le ventre est souple, mais la vessie est distendue, la constipation persistante. Le cœur, les poumons, les urines n'offrent rien d'anormal. Il n'existe aucun antécédent marqué de syphilis et nous ne trouvons à ce moment aucun stigmatte de vérole. Néanmoins, tout en portant le diagnostic de phénomènes méningés cérébro-spinaux, nous écartons plus volontiers, en raison de l'absence des phénomènes généraux graves, le diagnostic de méningite aiguë infectieuse, et en raison de l'absence de signes de tuberculose viscérale celui de méningite tuberculeuse, tout en faisant nos réserves. Nous prescrivons le traitement anti-syphilitique par les injections mercurielles, l'iodure de potassium, conseillons les bains chauds en cas de retour agressif des phénomènes méningés.

Ceux-ci ne tardent pas d'ailleurs à réapparaître et la malade entre à l'hôpital pour suivre son traitement et subir la ponction lombaire que nous avons jugée indispensable.

9 mai. — A son entrée : la céphalalgie frontale dure d'une façon continue depuis plus de trois jours, imprimant au visage un masque d'hébétude, et rendant la malade indifférente aux manifestations extérieures, répondant avec peine aux questions que nous ménageons, d'ailleurs, son histoire nous étant connue.

Les vomissements ont cessé depuis quatre jours, mais la constipation est toujours opiniâtre.

Les muscles de la nuque sont raides, et contractés, maintenant la tête en légère extension; ils sont douloureux dès qu'on cherche à provoquer le moindre mouvement d'extension. Les muscles de gouttières sont douloureux, avec véritables crises de rachialgie irradiées aux membres inférieurs, mais rendent possibles les mouvements de flexion du tronc sur la cuisse, et permettent à la malade de s'asseoir et de rester un moment assise sur son lit.

Pas de paralysie, pas de convulsion épileptiforme, pas de tremblement.

Les réflexes rotuliens sont exagérés avec légère trépida-

tion épileptoïde. Signe de Babinski aux deux orteils, mais plus net à gauche. Signe de Kernig, très net aux membres inférieurs.

La sensibilité paraît plutôt exagérée, sans zone tranchée d'hyperesthésie. Il existe de la diplopie avec strabisme convergent et ptosis de la paupière droite. Les réflexes lumineux et accommodateur sont conservés. Mais les réactions sont paresseuses.

L'exploration des organes ne révèle rien de particulier. Le ventre est excavé; la vessie globuleuse : la rétention d'urine étant assez nette pour qu'on soit obligé de pratiquer régulièrement deux sondages par jour. Mais, phénomène qui avait échappé à une première exploration, il existe dans la région frontale gauche, au-dessus de l'arcade sourcilière, une *exostose régulière*, du volume d'une petite noisette, sensible à une forte pression, dure, et que la malade avoue n'avoir jamais remarquée.

La température est à 37°8, le pouls à 100.

Antécédents. — Aucun antécédent personnel digne d'être rapporté; aucune affection antérieure, sauf la varicelle à l'âge de 3 ans, et une fausse couche de deux mois il y a trois ans, survenue, il est vrai, sans cause. Un frère et une sœur morts à la suite d'affection sur laquelle on ne peut avoir de notions.

On pratique une ponction lombaire et on institue un traitement antisyphilitique, à l'aide d'injections biquotidiennes de 0 gr. 02 de biiodure de mercure, que l'on complète ultérieurement par 2 grammes d'iodure de potassium.

17 mai. — Au bout de huit jours de traitement, l'amélioration est déjà manifeste : les douleurs lombaires, les douleurs des membres inférieurs, le strabisme, la diplopie et le ptosis ont disparu. La fièvre qui, d'ailleurs, n'a jamais été très élevée a totalement cédé.

Jours suivants. — L'amélioration continue et le 28 juin, après avoir subi deux séries de douze piqûres de biiodure, la malade quitte le service, ne présentant plus aucun phé-

nomène subjectif. Une exploration complète, la veille de son départ, confirme en partie la guérison, montrant seulement la persistance d'une exagération des réflexes avec légers clonus du pied, l'existence d'un signe de Babinski, bilatéral, mais la disparition du signe de Kernig. L'exostose frontale a presque totalement disparu, manifestant son emplacement au toucher par une légère saillie osseuse, non sensible à la pression.

Ponctions lombaires. — Trois ponctions lombaires ont été pratiquées.

La première (premier jour de l'entrée à l'hôpital). — Le liquide céphalo-rachidien est légèrement jaunâtre, sans hypertension, clair. Lymphocytose pure : 12 à 15 éléments par champ microscopique, bien colorés par les réactifs.

La deuxième (13 mai, quatrième jour de l'entrée). — Liquide sans hypertension, sans réticulum, sans albumine, recueilli dans deux tubes. Le culot obtenu par centrifugation de l'un d'eux est examiné sur plusieurs lames colorées les unes au Ziehl, les autres au Giemsa, sans qu'aucune de ces colorations ne révèle la présence du bacille de Koch, ou du tréponème pâle. L'examen cytologique révèle une lymphocytose de même aspect et de même intensité que précédemment.

Le contenu du deuxième tube est inoculé, partie sous la peau d'un premier cobaye, partie dans le péritoine d'un second cobaye.

Une certaine quantité de liquide obtenu à la pipette a été ensemencée sur les milieux appropriés (gélose et gélose sanglante), sans résultats.

La troisième (20 juin, quarante jours après l'entrée), donne un liquide clair, sans hypertension, sans albumine. Lymphocytose plus discrète (8 à 10 éléments par champ), mais toujours nette. Éléments moins bien colorés.

Les deux cobayes inoculés sont sacrifiés le 25 juin. Ils ne présentent aucune lésion tuberculeuse.

OBSERVATION XVII

Gilbert BALLET et BARBÉ. Un cas de méningite syphilitique avec autopsie. (*Société de Neurologie*, séance du 2 avril 1908.)

D... Louise, 21¹ ans, domestique, entre le 25 juin 1907 à l'Hôtel-Dieu, pour une céphalée intense. L'examen de la malade révèle l'existence d'une roséole floride étendue sur tout le tronc et la face. En dehors de la céphalée, il n'y avait aucun accident du côté du système nerveux; le chancre primitif était passé inaperçu. Une ponction lombaire, pratiquée le 28 juin, révéla l'existence d'une énorme lymphocytose, ce qui était normal, étant donné la roséole et la céphalée. On institua le traitement mercuriel par des piqûres de biiodure de mercure quotidienne et l'iodure de K à la dose de 4 grammes par jour. Ce traitement calma légèrement la céphalée, mais sans la faire disparaître complètement, et au bout d'une série de 20 piqûres de biiodure, on fit une nouvelle ponction lombaire qui révéla la présence d'une lymphocytose encore assez marquée. On fit une nouvelle série d'injections mercurielles et comme la céphalée persistait, on pratiqua une nouvelle ponction lombaire au bout de 20 piqûres; la lymphocytose persistait quoique légère.

On institua de nouveau le traitement et le 5 septembre, une nouvelle ponction lombaire montra la disparition de la lymphocytose; de même, il n'y avait plus de céphalée. Il avait donc fallu 60 injections pour faire disparaître la réaction méningée et nous faisons dès maintenant remarquer l'indication thérapeutique fournie par la ponction lombaire, indication qui permit d'instituer un traitement rationnel.

Sortie à ce moment de l'hôpital, la malade rentra de nouveau en octobre, se plaignant encore d'une céphalée tenace. La ponction lombaire ne révéla aucune trace de lymphocytose, mais en souvenir des antécédents de la malade on institua cependant le traitement.

A partir du 15 octobre, la céphalée augmenta, accompagnée de quelques troubles délirants, un peu de raideur de la nuque, ébauche de Kernig, et légère inégalité pupillaire. L'examen céphalo-rachidien, pratiqué à nouveau le 17 octobre, révéla l'existence d'une lymphocytose moyenne, puis les troubles délirants s'accrochèrent, en même temps que la température s'élevait. Les pupilles étaient paresseuses à la lumière et *la malade succomba* le 25 octobre.

Le système nerveux, formolé in situ, fut prélevé vingt-sept heures après la mort et examiné par les méthodes de Nissl et Van Gieson, le picrocarmin et l'hématoxyline-éosine.

Au niveau des méninges, on voit une infiltration de lymphocytes dans la pie-mère épaissie; les espaces sous-arachnoïdiens sont aussi le siège d'une infiltration embryonnaire diffuse; les lymphocytes sont surtout accumulés dans le voisinage des vaisseaux sanguins; de plus, cette infiltration cellulaire se prolonge avec la méninge dans le fond des sillons. Il y a donc surtout des amas lymphocytaires dans le voisinage des vaisseaux. Les vaisseaux étaient très altérés. On notait de la périartérite, aussi bien que de la périphlébite. Dans les artères on trouve surtout une infiltration lymphoïde diffuse très abondante; il y a de plus une dilatation vasculaire très nette.

Enfin, signalons la présence de point de caséification, siégeant surtout au niveau de la face inférieure des hémisphères. La recherche du spirochète, de même que celle du bacille de Koch, est restée négative.

OBSERVATION XVIII

MALLOIZEL et Marcel NATHAN. A propos d'un cas de syphilis cérébrale précoce. (*Annales des maladies vénériennes*, n° de novembre 1908.)

Une jeune femme de 30 ans présente, vers le milieu de janvier dernier, un chancre de l'amygdale droite, constaté par son médecin et traité aussitôt par des pilules de protoiodure de mercure.

Malgré ce traitement régulièrement suivi, apparaissent, dans le courant de février, des symptômes cérébraux : céphalée violente et continue, vomissements, amnésie progressive, affaiblissement intellectuel de plus en plus marqué. Les pilules sont alors remplacées par des piqûres quotidiennes de biiodure de Hg (1 centigramme, puis 2 centigrammes par jour).

Le traitement reste sans effet, et le 27 mars suivant, quand cette jeune femme entre dans le service du Dr Gauthier, la situation s'est considérablement aggravée. L'amnésie est complète, l'affaiblissement intellectuel est des plus accentués; les questions les plus simples sont à peine comprises; cependant, la malade peut encore tant bien que mal demander à son entourage ce qui lui est nécessaire, mais déjà le membre supérieur droit est atteint de paralysie flasque : pas de troubles de la sensibilité, pas de troubles des sphincters. Le traitement consiste en une piqûre de 2 centigrammes de benzoate de mercure et 2 grammes d'iodure de potassium.

Le lendemain, la paralysie a gagné le facial inférieur droit, les deux membres inférieurs, prédominant toutefois à droite; le signe de Babinski est positif des deux côtés. L'affaiblissement intellectuel est encore plus complet, la malade ne parle plus, elle est indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle : on n'entend que par moment un cri hydrencéphalique.

Le traitement mixte est continué (benzoate, 3 centigrammes, iodure de potassium, 4 grammes). Le 29, le coma s'installe, la paralysie est complète, et les quatre membres sont déjà contracturés. Le réflexe pupillaire fait défaut, la cornée est complètement insensible.

Le 30, même état. Le membre supérieur droit semble avoir recouvré quelques-uns de ses mouvements.

Le 31, la température, qui jusque-là était restée normale, monte à 39°. La malade meurt dans l'après-midi.

L'autopsie a montré deux ordres de lésions.

Thromboses artérielles multiples.

Méningite de la convexité.

Les thromboses artérielles occupaient le tronc basilaire, les deux communicantes postérieures et la septième du côté gauche. Les coupes de Pitrès n'accusaient en aucun point ni ramollissement ni foyer hémorragique.

La méningite recouvrait à droite les deux tiers de la face convexe du lobe frontal et débordait largement sur la portion adjacente du lobe pariétal. A gauche, même localisation. La pie-mère était seule intéressée, elle était fortement vascularisée et offrait un aspect dépoli; elle était séparée des circonvolutions sous-jacentes par un liquide épais, lactescent, donnant assez bien l'impression de l'état collodionné décrit par les anatomopathologistes.

Les méninges spinales semblaient indemnes.

OBSERVATION XIX

L. QUEYRAT et R. DEMANCHE. Valeur thérapeutique de l'émétique dans le traitement de la syphilis humaine. (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 25 mars 1909.)

Le nommé L..., âgé de 16 ans, brocheur, entré le 13 janvier 1909, à l'hôpital Cochin (annexe), salle 8, lit n° 10, est atteint, depuis trois mois environ, d'un chancre syphilitique qui siège sur le limbe à gauche, près du frein et qui a laissé une grosse induration dont le centre est encore légèrement érodé. On constate au pli de l'aîne une pléiade ganglionnaire bilatérale typique avec un ganglion plus volumineux à gauche; les ganglions mastoïdiens, épitrochléen droit, sous-maxillaire et cervicaux sont augmentés de volume. Les amygdales sont hypertrophiées, mais il n'y a pas de plaques muqueuses ni à la gorge, ni à l'anus. Les cheveux ne tombent pas.

Sur le tronc et les membres supérieurs, le malade présente une éruption de syphilides maculeuses qui date de huit jours. Les taches de coloration rose vif, de la taille d'une

lentille, sont très serrées sur l'abdomen et les lombes et remontent jusqu'à la partie supérieure du thorax. Outre ces éléments maculeux, on voit quelques papules de même dimension, nettement saillantes sur l'abdomen et la moitié supérieure des cuisses, sur les épaules, les bras et les avant-bras. Il y a sur le fourreau de la verge 3 ou 4 petites papules entourées d'une collerette de squames, et dans l'aîne gauche un placard érythémato-squameux à contour circiné, long de quatre travers de doigt, large de deux.

Les autres organes sont normaux; pas d'albumine dans les urines.

15 janvier. — Injection intraveineuse de 10 centigrammes d'émétique.

16 janvier. — Injection de 10 centigrammes d'émétique.

17 janvier. — Injection de 11 centigrammes. Les macules du tronc ont pâli; les papules commencent à s'affaïsser

18 janvier. — Repos.

19 janvier. — Injection de 12 centigrammes. Les papules ont presque disparu sur le ventre, elles ont beaucoup diminué de saillie et pâli sur les cuisses.

21 janvier. — Injection de 12 centigrammes.

22 janvier. — Injection de 12 centigrammes.

23 janvier. — Injection de 10 centigrammes; quelques quintes de toux après qu'on a injecté 8 centigrammes.

24 janvier. — Repos.

25 janvier. — Injection de 10 centigrammes. Les papules ont complètement disparu; il ne persiste à leur place qu'une mince collerette de squames qui commencent à se pigmenter.

28 janvier. — Repos.

29 janvier. — Injection de 10 centigrammes. Le malade sort de l'hôpital. Il a reçu en tout 12 injections. Elles ont toujours été parfaitement supportées, et n'ont provoqué que quelques quintes de toux passagères, mais aucune induration des veines, aucune élévation de température.

Les éléments papuleux sont nettement affaïssés et ont

laissé des taches pigmentées; les éléments maculeux ont persisté en prenant une teinte cuivrée. L'adénopathie inguinale n'a que légèrement diminué. Le traitement est resté sans influence sur le placard érythémato-squameux de l'aîne gauche.

Chaque injection provoque d'abord une poussée congestive de la peau, pendant laquelle les papules deviennent violacées; cette poussée congestive dure deux heures et est suivie d'une atténuation durable de l'éruption. Les injections ont toujours été bien supportées; elles n'ont produit aucune induration des parois veineuses; elles ont provoqué seulement quelques quintes de toux passagères et des douleurs musculaires dans les épaules et les reins, douleurs qui débutaient environ cinq heures après l'injection et duraient toute la nuit, et qui sont surtout devenues intenses et généralisées à la fin du traitement.

Pendant la période de repos, le malade reçoit tous les deux jours une injection de 0 gr. 05 de cacodylate de soude, et prend des bains d'amidon.

4 février. — Les macules se pigmentent de plus en plus et prennent une teinte brunâtre.

Le malade se sent mal à l'aise, il est fatigué et se plaint d'un fort mal de tête, de picotement des yeux, de nausées. Purgation.

7 février. — Le malaise persiste (céphalée, état nauséeux, picotement dans les yeux). La céphalée est surtout intense la nuit. Le malade est pâle, abattu et reste alité.

9 février. — L'abattement augmente, ainsi que la pâleur de la face. Le pouls est faible et ralenti à 60, mais régulier. La céphalée persiste. Constipation.

10 février. — Même état. En voulant se lever, le malade a été pris de nausées et de vertiges. Céphalée toujours intense. Quelques frissons. Pouls à 60. On donne du café.

Aggravation notable depuis hier. Le malade est pâle, prostré, les traits tirés, couché un peu en chien de fusil, en se détournant de la lumière. Il répond difficilement aux

questions; il reste dans un état de torpeur et de subdélire, sans agitation, se plaignant sans cesse de la tête, ou prononçant quelques syllabes inintelligibles. Il a eu quelques frissonnements; l'état nauséux persiste, sans vomissements. La langue est humide, un peu trémulante, le ventre est rétracté et le malade est constipé. Pas de rétention d'urine. La respiration est normale.

Température à 38°. Pouls à 64, inégal.

On ne constate, en dehors de la photophobie, aucun trouble oculaire, ni pupillaire. Il y a un peu de raideur et de douleur de la nuque. Les muscles, surtout ceux des membres inférieurs, sont agités de tréaillements et de secousses à la moindre excitation, quand on découvre le malade, par exemple; les réflexes rotuliens sont exagérés; il y a une ébauche de trépidation épileptoïde du pied; pas de signe de Kernig; réflexe des orteils normal. Pas de troubles de la

En raison de ce syndrome méningé, on fait une ponction lombaire, et on retire 20 cc. de liquide clair, coulant en jet, très riche en albumine. La centrifugation donne un épais culot. L'examen sur lames montre de très nombreux filaments de fibrine et une forte réaction leucocytaire, avec prédominance de polynucléaires (80 p. 100); les éléments cellulaires ne présentent pas d'altération morphologique, mais se colorent mal; cependant, les divers procédés de coloration ne permettent de constater aucun microbe. L'examen à l'ultra-microscope ne montre pas de tréponèmes.

Nous discutons la pathogénie des phénomènes méningés; sont-ils dus à une intoxication stibiée? Le malade n'a ni diarrhée, ni hypothermie, le pouls est lent (64) et irrégulier. Il s'agit donc d'un processus méningé d'origine syphilitique (comme il n'est pas rare de l'observer à la période secondaire de la maladie chez les sujets à formes papuleuses abondantes). Il faudrait admettre alors que l'émétique n'a eu aucune action sur la syphilis.

La ponction lombaire confirme l'hypothèse du processus méningé infectieux par la richesse du liquide céphalo-ra-

chidien en albumine, en fibrine et en éléments cellulaires altérés dans leur réaction de coloration; l'absence de microorganismes est un nouvel argument en faveur de l'étiologie spécifique.

Nous poursuivons donc un traitement mercuriel intensif. Nous faisons une injection de 2 centigrammes de biiodure de mercure en même temps qu'on pratique une friction de vingt minutes avec 5 grammes d'onguent napolitain.

Nous prescrivons en outre une potion de Todd, du café, et faisons une injection de 25 centigrammes de caféine.

Dans la soirée le malade reste dans le même état. Température, 39°.

12 février. — Le malade est plus éveillé et parle plus facilement. Il se plaint encore du mal de tête et de nausées. Un peu de raideur du rachis. Ebauche du signe de Kernig. L'hyperexcitabilité musculaire a disparu; les réflexes rotuliens sont normaux; le malade est allé à la selle; urines normales.

Température, 37°2 le matin, 38° le soir. Pouls, 60. Friction à l'onguent napolitain.

13 février. — Même état. Température, 37°6 le matin, 38°2 le soir. Pouls, 58. Ponction. 10 cc. de liquide clair, pression normale. Culot de centrifugation abondant, très peu de fibrine. Nombreux leucocytes, 68 p. 100 de polynucléaires, quelques lymphocytes, pas d'éosinophiles. Les éléments cellulaires se colorent bien. Pas de microbes, pas de tréponèmes à l'ultra-microscope.

L'ensemencement de tubes de gélose ordinaire, de gélose sucrée et de sérum coagulé, avec le liquide céphalo-rachidien, ne donne aucune culture. On continue les frictions mercurielles.

14 février. — Température, matin, 37°3, soir, 38°6. Pouls, 55. La céphalée persiste.

16 février. — Même état. Température, 37°6 le matin, 38°1 le soir. Pouls, 60. Frictions à l'onguent napolitain. Iodure de potassium, 1 gramme.

17 février. — Céphalée moindre. Le malade commence à manger.

19 février. — Température, 37°5. Pouls, 60.

On continue les frictions. Iodure, 2 grammes.

22 février. — Température, 37°. Pouls, 60. La série des frictions est terminée.

26 février. — Le malade n'a plus de fièvre. Il se sent tout à fait bien et reprend ses occupations.

27 février. — On recommence une série de frictions à l'onguent napolitain. Le malade n'a pas cessé de prendre 2 grammes d'iodure de potassium. Les taches pigmentées de la peau commencent à s'effacer.

5 mars. — Une troisième ponction lombaire montre une persistance de la réaction leucocytaire, avec diminution des polynucléaires et prédominance de lymphocytes et de grands mononucléaires.

OBSERVATION XX

W. CETTINGER et HAMEL. A propos de deux cas de méningite aiguë syphilitique. (*Gazette des hôpitaux*, n° 49, 29 avril 1909.)

G... Mélanie, 19 ans, salle Axenfeld, n° 1, est amenée dans la nuit du 12 janvier 1909, présentant des troubles délirants. Son délire est doux, peu bruyant, incohérent, la malade répétant indéfiniment les mêmes mots.

Arrivée à Paris à l'âge de 16 ans, elle a été soignée à la Charité pour une salpingite et des douleurs articulaires. Sans profession bien définie depuis plusieurs mois, elle suit un traitement à Saint-Louis depuis dix mois, pour des plaques muqueuses et des accidents cutanés divers. Irrégulièrement, elle ingère des pilules de protoiodure. Elle a cependant fait ces derniers mois une cure intensive, interrompue depuis trois semaines pour de la stomatite.

Depuis huit jours est apparue une céphalée vespérale pénible et du délire nocturne qui obligent la malade à rester couchée.

Depuis le début de ces accidents, la malade reste alitée: elle présente, en outre, depuis quelques jours, *des vomissements* à type cérébral et de la *constipation opiniâtre*.

13 janvier. — A l'heure de la visite, la malade est calme, ne délire plus, répond bien aux questions posées, mais se plaint de céphalées diffuses. Elle a d'ailleurs des vomissements. Le pouls est à 64, bien frappé, les réflexes tendineux sont normaux. On n'observe ni raideur de la nuque, ni signe de Kernig. En dehors de la constipation, aucun trouble des sphincters. Les yeux réagissent bien à la lumière, mais aussitôt après la contraction à la lumière une dilatation brusque se produit, sans qu'on éloigne la source lumineuse : ébauche du signe d'Argyll Robertson. On constate sur les cuisses des papules squameuses et sur l'aile du nez une papule croûteuse de la dimension d'une pièce d'un franc.

15 janvier. — On pratique une ponction lombaire qui calme la céphalée et rend possible le sommeil. L'hypertension était considérable. Le liquide clair, limpide, contient de très nombreux lymphocytes, 15 à 20 par champ d'immersion, quelques mononucléaires et de très rares polynucléaires; la recherche du tréponème est négative.

18 janvier. — Hier, grande agitation au début de la nuit. Délire incohérent, peu bruyant, avec incontinence des sphincters. Le 18, au moment de la visite, tout délire avait cessé, de même que l'incontinence, mais une céphalée presque intolérable persistant, une seconde ponction lombaire est pratiquée. Le liquide qui sort en jet est clair, ayant une formule semblable à celle du premier liquide retiré.

19 janvier. — La ponction lombaire a donné une grande et rapide amélioration. On injecte dans les muscles fessiers 4 centigrammes de mercure, puis 8 centigrammes le 20 janvier, sous forme d'huile grise.

1^{er} février. — La céphalée reparait très vive. Elle s'était atténuée, sans toutefois disparaître complètement le soir. En même temps on constate des vomissements de type cérébral; le délire réapparaît le 3 février, durant la nuit : on injecte alors 5 centigrammes de calomel.

5 février. — A huit heures du matin, aphasie brusque. A l'heure de la visite, la malade vomit et profère des sons inarticulés, dans une agitation extrême. Un peu plus tard, elle dit des phrases courtes, difficilement intelligibles et accuse une vive douleur de tête. La température est à 38°5. Après une nuit agitée, la malade est plus lucide le 6 février. La céphalalgie est très vive, la température à 38°2. Quant aux manifestations cutanées, elles ont à peine régressé.

On fait une troisième ponction lombaire qui montre une tension peu élevée et donne un liquide trouble, laissant un culot volumineux.

On y trouve des éléments très nombreux, et en particulier un certain nombre d'hématies. Le pourcentage des éléments, non compris les globules rouges peu nombreux, donne les résultats suivants :

Lymphocytes	72
Polynucléaires	16
Mononucléaires	12

Il existe en outre de nombreuses cellules endothéliales qui prennent mal les colorants.

La ponction lombaire n'a pas, comme les deux premières explorations, amené d'amélioration sensible.

25 février. — L'amélioration a été progressive depuis le 6 février. Trois nouvelles injections de 5 centigrammes de calomel ont été faites.

4 mars. — Depuis le 1^{er} mars, la céphalalgie a reparu, peu violente, presque uniquement vespérale et nocturne. Une quatrième ponction lombaire montre une tension élevée et un liquide clair, contenant de nombreux lymphocytes et quelques cellules endothéliales.

8 mars. — La céphalée a beaucoup diminué d'intensité, les accidents cutanés sont disparus ou ont laissé place à des macules plus ou moins pigmentées.

15 mars. — L'état général est excellent, mais la température persiste un peu au-dessus de la normale (37°4, 37°6). La céphalée réapparaît le soir, sans empêcher le sommeil.

Elle cède presque totalement à 2 grammes d'iodure de potassium. Les réflexes tendineux sont forts, les signes oculaires ne se sont pas modifiés, mais pupille droite mydriatique.

17 mars. — Même état. L'amélioration continue, mais la malade accuse un peu de douleur dans les mouvements de flexion de sa colonne cervicale, douleur qui est disparue le 20 mars. La céphalée vespérale est atténuée, mais cependant persiste.

25 mars. — La température est un peu au-dessus de la normale (37°6) et la céphalée redevient plus violente.

27 mars. — Hier soir, la céphalée a été plus vive. L'agitation a été marquée toute la nuit et par deux fois sont apparus des vomissements. La température était hier soir à 38°8. On décide une ponction lombaire suivie d'une injection de mercure colloïdal.

La ponction lombaire donne en quelques instants 40 cc. d'un liquide un peu trouble, très hypertendu. Après centrifugation on y décèle la présence d'éléments nombreux, 40 à 50 par champ d'immersion. Les cellules endothéliales y sont nombreuses, bien colorées par l'hématoxyline. Le pourcentage des leucocytes donne le résultat suivant :

Lymphocytes	33
Mononucléaires	11
Polynucléaires neutrophiles	56
Polynucléaires éosinophiles	0

On injecte alors dans le canal rachidien deux ampoules de mercure colloïdal isotonique préparé par Clin, et dosé de telle sorte que chaque ampoule de 3 cc. contienne un milligramme et demi de mercure métallique.

Aussitôt l'injection du liquide contenant le mercure colloïdal commencée, la malade accuse des douleurs occipitales intenses.

A peine l'injection des 6 cc., contenu des deux ampoules, était-elle faite que des vomissements apparurent avec des douleurs violentes dans la région du sacrum, avec irradiations dans le domaine des nerfs du plexus sacré. Ces dou-

leurs, accompagnées de céphalées, sont si intenses qu'une injection de morphine est rendue nécessaire.

27 mars. — A quatre heures, soit cinq heures après l'injection de 3 milligrammes de mercure colloïdal, la céphalée a disparu, mais des douleurs très vives persistent dans le domaine du sciatique. La température est à 38°8 comme la veille, le pouls rapide.

28 mars. — La céphalée a disparu, les douleurs des membres inférieurs sont atténuées, mais aucune miction n'est spontanément possible. De grands bains prolongés ou le cathétérisme peuvent seuls amener une émission d'urine. La température est à 37°2.

1^{er} avril. — Les douleurs des nerfs sacrés ont été en diminuant et ont presque disparu. La céphalée n'a pas reparu et le sommeil est redevenu normal. La miction n'est plus troublée et la température est à 37°5. Les réflexes tendineux sont normaux. Le réflexe lumineux reste le même.

5 avril. — Tout phénomène douloureux a disparu. La malade se lève. La température reste normale (37°2, 36°8). On fait une ponction lombaire qui donne 10 cc. de liquide clair, sans hypertension marquée. Le culot de centrifugation est très minime. A l'examen on trouve encore des éléments nombreux, cellules endothéliales vacuolaires, prenant mal les colorants, rares globules rouges, polynucléaires vacuolaires. On trouve dans la plupart des champs d'immersion de 2 à 5 éléments, mais il en est quelques-uns où on rencontre de 18 à 20. Le pourcentage, fait sur 350 éléments, donne le résultat suivant :

Lymphocytes de dimensions normales..	93,2
Grands lymphocytes	5
Mononucléaires	0,5
Polynucléaires neutrophiles	0,3
Polynucléaires éosinophiles	1

B

Syphilitiques ayant présenté des troubles cérébraux de nature syphilitique, peut-être liés à des lésions méningées, mais sans tableau de méningite bien typique.

OBSERVATION XXI

VIDAL DE CASSIS, 1855. (*In* 2^e édition; *Traité des maladies vénériennes*, cité *in* Gros et Lancereaux. Syphilis du système nerveux. Observation 105, page 199.)

Méningite. — B..., 30 ans, entre à l'hôpital du Midi, le 18 mai 1854. A eu en octobre 1853, des végétations.

23 avril 1854. — Il ressent des douleurs de tête intenses, qui se localisent au front, sensibilité à la lumière et au bruit, insomnie absolue.

18 mai. — On constate, en outre, un chancre induré, une adénite cervicale et inguinale, de la fièvre et des douleurs vives dans la tête.

21 mai. — Il survient du délire. Un traitement antiphlogistique, joint au traitement mercuriel, amène la guérison en dix jours.

On continue le traitement mercuriel.

OBSERVATION XXII (résumée)

PAULY. Syphilis cérébrale méningée à forme comateuse. (*Lyon médical*, n° du 29 mai 1899.) Service du docteur Lépine.

C'est un homme de 27 ans, qui fut amené le 18 mai dernier par deux personnes qui ne purent fournir aucun renseignement.

A son entrée, le malade est dans un état délirant tel qu'on ne peut en tirer de réponses satisfaisantes; cependant, il a dit avoir été traité il y a deux ans à l'Antiquaille pour un

chancre et avoir fait à cet hôpital un séjour de trois mois. Puis l'interrogatoire est devenu impossible, le malade se mettant en colère dès qu'on lui posait des questions.

L'examen somatique ne permet de constater aucun signe positif, sauf de l'exagération des réflexes rotuliens.

Quelques jours après, dans la nuit, il est pris de délire, se promène tout nu dans la salle et finit par s'échapper dans les cours, où on le retrouva le lendemain matin. On commença alors un traitement spécifique mixte avec 4 grammes d'onguent napolitain en frictions et 3 grammes de KI à l'intérieur.

Les jours suivants, le malade devient de plus en plus somnolent, et à partir du 24 mars, il entra dans un coma complet, sans convulsions, sans paralysie aucune, les pupilles étaient seulement paresseuses, le pouls lent, les respirations régulières. En même temps apparut une diarrhée abondante, et il se mit à gâter. Le ventre n'était ni ballonné ni creux en bateau. Il n'eut qu'un vomissement. Les dents étaient serrées et l'alimentation impossible. On augmenta la dose d'iodure, qui fut portée à 6 grammes, puis à 8.

31 mars. — Le malade était absolument froid. Le pouls insensible, le cœur très faible. A ce moment, l'état paraissait très grave; l'iodure fut supprimé. Le lendemain, le pouls s'était relevé, et, en même temps, le malade avait repris de l'excitation vers le soir.

On continua ainsi à donner avec précaution de l'iodure et peu à peu le malade sortit de son coma, se reprit à manger et bientôt put sortir de son lit. Aujourd'hui, son état n'inspire plus d'inquiétude *quoad vitam*, mais il a encore des troubles psychiques considérables. Il est habituellement somnolent, sauf vers le soir, où il a de l'agitation. Il lui arrive encore de faire des ordures n'importe où. Mais en somme il est hors de danger pour le moment.

Il ne présente toujours aucune paralysie, ni des membres ni de la face, ni des muscles des yeux.

La marche de la température a été bien curieuse pen-

dant toute la période comateuse. Les premiers jours, elle oscillait autour de 38°, puis, en deux jours, elle est tombée à 35°1 et s'est maintenue entre 35°8 le matin et 36°2 ou 36°5 le soir; puis entre 36° et 37°, et cela pendant au moins douze jours.

Actuellement, on continue le traitement par le KI et on lui fait aussi des injections de calomel.

Son état s'étant amélioré, on a pu l'examiner soigneusement au point de vue des yeux. M. Louis Dor a vu une rétinite syphilitique typique. On voit à l'ophtalmoscope que les papilles sont saines; d'autre part, les artères présentent une infiltration de leurs gaines périvasculaires; en certains points, ces vaisseaux sont trombosés et dans la partie supérieure des chaque rétine se voient de petits points hémorragiques.

C

Syphilitiques ayant présentés des troubles cérébraux de nature syphilitique mais chez lesquels on trouve plutôt le tableau de tumeurs que celui de méningite aiguë et cependant cités par les auteurs comme méningites.

OBSERVATION XXIV (résumée).

BENSAUDE et RIVET. (*Archives générales de médecine*, 4^{er} nov. 1904.)

L. F... a eu, en 1892, un chancre balanopréputial avec roséole et plaques muqueuses. Il est père de deux enfants bien portants, sa femme n'a jamais eu d'avortements.

17 novembre 1902. — Il entre dans le service. Depuis quinze jours il présente des troubles psychiques, sensitifs et moteurs.

A l'examen, on constate un tremblement du membre supérieur droit avec céphalée nocturne violente. Pas de vomissements, vertiges rendant la marche et la station impossibles. Délire loquace furieux avec excitation.

Quelques jours après, manifestations épileptoïdes du bras droit.

Jamais de perte de connaissance brusque.

Réflexes diminués dans la moitié droite du corps, exagérés dans la moitié gauche. Légère parésie des membres supérieur et inférieur gauches, avec diminution de la sensibilité.

Paralysie faciale gauche. Les mouvements volontaires sont fort maladroits. Le malade a tendance à tomber en arrière. Réflexes pupillaires paresseux. La vision ne paraît pas troublée. Pas de fièvre.

Le malade a travaillé de 25 à 37 ans dans le plomb; il a eu trois crises de coliques, mais sans accidents nerveux.

20 novembre. — Ponction lombaire. Liquide clair, hypertension, albumine, lymphocytose. On donne chaque jour 4 grammes de bromure, 6 grammes d'iodure et une injection de 0,02 de benzoate de mercure. Tous les soirs 1 gramme de sulfonal. Il présente cependant une grande agitation.

24 novembre. — Amélioration sensible. Le malade n'a plus de tendance à tomber et peut faire quelques pas; il n'a plus d'accès épileptiformes, plus de céphalées. L'état psychique s'est amélioré. Au bout de quatre jours, l'amélioration continuant, le malade sort guéri le 13 décembre.

Il revient en juillet 1903 avec une parésie de tout le côté droit. On ne fait pas de ponction, et après un mois de traitement, le malade sort guéri.

OBSERVATION XXV

CLAISSE et JOLTRAIN. (*Société médicale des hôpitaux*, 4 mai 1908.)

Homme âgé de 34 ans, entre à l'hôpital le 29 novembre 1907 pour céphalée intense, frissons, vomissements, maux de tête violents à siège frontal irradiés aux cavités orbitaires avec vomissements cérébraux, ces phénomènes durent depuis trois jours.

Antécédents personnels. — 1891, service à Madagascar,

paludisme; 1892, crise palustre avec anémie intense. A cette époque, est soigné à Marseille, puis au Val-de-Grâce. Il est très impressionnable et a des palpitations dont il se plaint toujours.

Dans les années suivantes, encore quelques crises. En 1897, blennorrhagie avec orchite.

En 1898, syphilis traitée à Saint-Louis.

En 1900, plaques de kératose palmaires et plantaires, qui n'ont pas disparu depuis. Ces lésions ne sont pas douloureuses et ne gênent pas le malade. Depuis 1898, il ne fit aucun traitement.

Il y a six mois, dans la rue, ictus avec perte de connaissance. Il est ramené chez lui et présente le même jour des crises violentes avec convulsions épileptiformes. Pendant huit jours il délire avec idée de persécution et de suicide, puis pendant quinze jours, paralysie faciale et paralysie de la jambe droite avec amblyopie et diplopie. Tous ces phénomènes disparaissent assez brusquement.

Il y a trois jours, céphalée frontale intense, frissons avec tremblement.

Il entre dans le service.

29 novembre 1907. — Crise épileptiforme simulant une crise d'épilepsie, mais sans morsure de la langue et trouble des sphincters. Obnubilation, vomissements bilieux, selles noirâtres.

Hypéresthésie cutanée généralisée.

Pas de zones d'anesthésie. Teint jaune, conjonctives injectées subictériques.

Ptosis léger, inégalité pupillaire, ne réagissant pas.

Abdomen souple, foie gros, rate perceptible.

Pouls : 100. Température : 37°8.

Pas de Kernig. Réflexes normaux.

Pas de Romberg.

Délire furieux. On doit lui mettre la camisole de force.

30 novembre. — Il blesse un infirmier dans son délire.

T. 38°, le soir, 39°. Pouls rapide : 120, régulier.

Constipation opiniâtre. Ebauche de Kernig, légère contracture de la nuque.

Ponction lombaire : forte hypertension, liquide clair, contient de l'albumine.

Lymphocytes : 78 p. 100.

Nombreux mononucléaires.

Pas de bacille de Koch, pas de tréponèmes. Inoculation au cobaye négative.

Injection de 10 cc. d'électrargol dans le liquide céphalo-rachidien.

Du 3 au 6 novembre 1907 : T. 40° ; pouls : 100.

Kernig, raideur de la nuque, céphalée. Rien à l'œil. Délire moins violent. Hallucinations moins fréquentes.

2 décembre. — Ponction lombaire et injection d'onguent colloïdal :

Polynucléaires : 80 p. 100.

Lymphocytes : 11 p. 100.

Grandes cellules endothéliales : 9 p. 100.

Liquide clair, albumineux.

3 décembre. — Ponction. Même formule.

4 décembre. — Délire diminue. Phase de dépression. Monoplégie brachiale et parésie du membre inférieur à droite.

6-7 décembre. — Les phénomènes paralytiques diminuent. La température remonte à 40°.

Le délire reparait, vomissements sans nausées. Ponction lombaire et injection de Hg colloïdal, assez grande hypertension, albumine, liquide clair.

Polynucléaires : 84 p. 100.

Lymphocytes : 10 p. 100.

Mononucléaires : 6 p. 100.

8 décembre. — La température baisse de 1 degré, le délire disparaît, défervescence en lysis, la paralysie disparaît. Le malade se lève.

Piqûres journalières de biiodure de Hg.

10 décembre. — Ponction, liquide clair, pas d'albumine, peu d'éléments figurés, la lymphocytose domine.

20 décembre. — Le malade est guéri.

OBSERVATION XXVI (résumée)

BOUCHARD et CORNIL. Leçons de la Charité, citées par Cornil, dans ses
« Leçons sur la syphilis », page 323.

Jeune homme de 18 ans, ayant eu une existence misérable et d'apparence chétive, entre dans le service le 26 décembre 1872. Depuis huit jours, on note de la courbature avec céphalée intense, de l'anorexie et du subdélire. Le ventre est normal, le pouls est à 80, la température à 38°5.

On pense à un état typhique, mais à la suite d'une amélioration on rejette le diagnostic de fièvre typhoïde. Puis brusquement la fièvre remonte à 39°. Le pouls est fréquent, on note à ce moment une prostration avec céphalée intense. L'idée de tuberculisation se présente alors, mais sans s'affirmer nettement.

Dans une deuxième période, les symptômes paraissent s'atténuer, puis au bout de quelques jours, on remarque des troubles pulmonaires avec toux, crachats purulents et sanguinolents, respiration rude aux sommets, bronchophonie et albuminurie. On note en plus de la diarrhée. On pense alors à une tuberculose à évolution lente.

12 mars 1873. — Surviennent des vomissements puis des accès convulsifs avec opisthotonos, perte de connaissance, mais sans cri initial, pas d'écume, pas de trace de morsure de la langue.

Le coma absolu dure quelques heures, faisant place ensuite à un demi-coma qui se dissipe un peu.

La température reste basse, l'albuminurie existante fait penser à l'urémie. Le lendemain, 15 mars, le coma est complet, l'œil est saillant, convulsé en dehors. La mort survient le 18 mars.

A l'autopsie, on trouva des érosions et perforations crâniennes d'origine syphilitique dues à des petites tumeurs développées à la surface de la dure-mère. Ces tumeurs étaient peu friables, petites, gris rosé, vasculaires. Elles

n'avaient déterminé aucune lésion du côté de la face interne et des autres enveloppes; elles étaient manifestement de nature syphilitique. En effet, sous le microscope, elles étaient formées de petites cellules embryonnaires avec beaucoup de vaisseaux indiquant une grande rapidité dans le processus évolutif. En somme, on était en présence de lésions syphilitiques non douteuses à évolution aiguë.

OBSERVATION XXVII (résumée)

CETTINGER et HAMEL. « A propos de deux cas de méningite aiguë ». Observation II. (*Gazette des hôpitaux*, 29 avril 1909.)

B..., 30 ans, plombier, salle Delpech, n° 20.

8 janvier 1909. — Entre dans la nuit, dans le coma.

En 1901, il présenta des syphilides de la muqueuse buccale, pendant un mois il prend des pilules de protoiodure et de l'iodure de potassium.

Pendant sept ans il n'eut pas d'accidents. Deux enfants naissent à terme.

En janvier 1908 on lui fit 8 injections d'huile grise, il présentait à ce moment des phénomènes paralytiques intermittents des mains, durant cinq à dix jours.

En juillet, ictus et paralysie du membre supérieur gauche avec céphalées très pénibles. Le malade subit 24 injections d'huile grise.

6 janvier. — Sensation de malaise intense avec courbature; vers midi, tremblement de la main gauche gagnant le bras, à cette crise convulsive succède une paralysie avec contracture.

7 janvier. — Coma.

9 janvier. — Le malade est dans le décubitus dorsal, en chien de fusil; la respiration est normale, le pouls à 100, régulier, température, 38°8. Les yeux et la tête sont déviés à droite et convulsés en haut, pas de raideur de la nuque. La bouche est déviée à gauche, il y a de la contracture de la face à gauche, les membres inférieurs et supérieurs sont

contracturés, il y a exagération des réflexes. Les muscles de l'abdomen sont contracturés. Raie méningitique. Pas de Kernig, pas de liséré de Burton.

Pupilles en mydriase et réagissant mal.

Ponction lombaire : liquide trouble, lymphocytes, mono nucléaires et nombreux polynucléaires, 50 p. 100.

Incontinence d'urine.

Injection de calomel.

Amélioration. Température, 38°.

12 janvier. — Même état, avec amaigrissement rapide. Injection de calomel.

15 janvier. — Injection de calomel.

16 janvier. — La conscience reparait, mais délire bruyant.

23 janvier. — Etat stationnaire, incontinence des urines, injection de calomel.

24 janvier. — Amélioration. Le malade répond aux questions.

1^{er} février. — Vive agitation dans la nuit, délire incohérent. Eruption dans le dos de papules crustacées et lésions ulcératives à type d'ulcération de la syphilis maligne précoce dans la région lombaire.

3 février. — Injection de 10 centigrammes de calomel.

6 février. — Céphalées nocturnes violentes. Ponction lombaire : liquide clair, lymphocytose.

12 février. — Délire nocturne, céphalée et incontinence disparaissent.

15 février. — Le malade se lève, mais garde une parésie gauche. La parole est lente, incohérente, les pupilles sont inégales, les réflexes lumineux diminués. Il y a de la parésie gauche.

OBSERVATION XXVIII (résumée)

MAHOT et BARTHÉLÉMY. Méningoencéphalite subaiguë et rétrécissement de l'intestin. (*Gazette médicale de Nantes*, n° du 30 avril 1904.)

Marie-Augustine G..., 9 mois, entre à la Crèche, le 7 janvier 1904, pour une contracture permanente généralisée.

A. H. — Père a eu un chancre, une roséole et des plaques muqueuses.

Mère a eu une éruption et des céphalées.

A. P. — A 6 semaines, éruption de macules rosées, généralisées.

Dans le courant du quatrième mois, crise convulsive.

A 6 mois, nouvelle crise, depuis, elle est restée contracturée et indifférente au monde extérieur. La petite malade se présente dans une attitude analogue à celle du fœtus in utero. L'abdomen est légèrement excavé. La tête est renversée en arrière par contracture des muscles de la nuque et la raideur du dos est telle que l'on soulève l'enfant avec la main placée sous l'occiput.

Légère déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la gauche, inégalité pupillaire (myosis à gauche).

Pas de paralysie. Babinski positif. Vision abolie. Pouls régulier. Température normale. Coryza purulent.

22 janvier. — Ponction lombaire. Liquide trouble, hypertension.

Lymphocytes, 50 p. 100; grands mononucléaires, 25 p. 100; polynucléaires, 25 p. 100.

29 janvier. — Deuxième ponction. Hypertension. Liquide trouble.

Lymphocytes nombreux; polynucléaires nombreux.

Autopsie, 9 février. — Adhérence extrême des méninges au crâne. Il s'écoule 100 à 150 grammes de liquide.

Les méninges sont épaissies et vascularisées. Elles sont recouvertes d'un exsudat gommeux. A la base, au lieu de former d'épaisses membranes, elles constituent de fines toiles tendues au-dessus des espaces sous-arachnoïdiens, démesurément distendus. La vallée sylvienne est très élargie à sa partie inférieure, comblée au contraire par de solides adhérences dans toute sa partie supérieure.

D

Syphilis ancienne.

Troubles nerveux de nature douteuse; leur nature syphilitique n'est pas certaine.

OBSERVATION XXIX (résumée)

Antonin PONCET. (*Annales de dermatologie*, 1873, page 185.)

A. J..., prostituée, 26 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon. le 7 février 1872, dans le service de M. Ollier.

Elle est d'un caractère très impressionnable, d'une santé délicate. A 17 ans, contracte la syphilis, chancre de la lèvre.

Il y a quelques jours les douleurs de tête augmentent, elle eut des frissons, puis des vomissements fréquents. Ces accidents remontaient à cinq jours. Les jours suivants elle eut de l'agitation, du délire. Insomnie.

18 février. — Décubitus dorsal, face pâle, paupières mi-closes, pupilles dilatées. Répond mal aux questions posées, pousse quelques gémissements. Parole lente, embarrassée. Douleur dans la région frontale et à la nuque.

Hyperesthésie avec un peu de contracture des membres, raideur de la nuque. Vomissements, raie méningitique.

Pouls, 92. Température, 37°1. Vessie de glace sur la tête. Calomel.

19 février. — Elle vomit peu, mais a des nausées.

Matin : P. 92. T. 37°.

Soir : P. 84. T. 37°.

20 février. — On ordonne des frictions mercurielles sur le front et les tempes et à l'intérieur, 2 grammes d'iodure.

Matin : P. 76. T. 36°5.

Soir : P. 66. T. 36°9.

21 février. — La malade est mieux, céphalée moins vive, nausées et douleurs dans la nuque persistent.

On donne 4 grammes d'iodure. P. 84. T. 36°9.

22 février. — Les céphalées ont disparu, ainsi que les nausées. La nuit a été bonne. On supprime les frictions et l'iodure.

23 février. — Les douleurs ont reparu. La nuit a été mauvaise, elle est plus abattue.

P. 80. T. 37°2.

Le soir elle se plaint de nausées, on donne 4 grammes d'iodure.

24 février. — La malade prétend moins souffrir. On supprime l'iodure, mais afin qu'elle ne s'aperçoive pas qu'elle ne prend plus ce médicament on lui continue sa potion amère.

25 février. — La malade se plaint de nausées et de douleurs frontales.

P. 78. T. 37°2.

26 février. — La malade accuse de violentes céphalées, parole lente, regard vague.

P. 72. T. 36°8.

27 février. — Nuit agitée, hyperesthésie générale, vomissements. On donne de l'iodure.

Sous son influence les symptômes s'amendent rapidement et le 6 mars la malade est guérie.

E

Cas où il y a un tableau de méningite aiguë, mais pas de syphilis connue ou avouée ; guérison par le traitement.

OBSERVATION XXX (résumée)

PIC et REGAUD. Méningite basilaire et syphilitique. Syndrome de Weber. Pneumonie lobaire aiguë de la base droite. Coma. Eschare fessière. Guérison. (*Province médicale*, 18 mai 1895.)

C... Elise, 55 ans, domestique, entre dans le service le 4 septembre 1894. Léger éthylysme.

Il y a quinze jours, sans cause, survient un léger état de stupeur qui augmente progressivement.

A son entrée, la stupeur est complète, le regard fixe, les réponses incohérentes. Incontinence des matières fécales et de l'urine. Langue normale. Un peu d'inégalité pupillaire. Strabisme à gauche. Réflexe rotulien diminué à gauche.

15 septembre. — La stupeur est devenue du coma, on donne 2 grammes de KI.

17 septembre. — Température rectale : 40°, même état. Pas de paralysie des membres. Quelques légères contractures. Raie méningitique. Traces d'albumine.

18 septembre. — L'état intellectuel s'améliore. Elle répond aux questions. Tous les autres signes persistent. Température, 39 à 40°.

19 septembre. — La température baisse brusquement. Deux cultures du sang sont négatives. Le délire est permanent.

22 septembre. — Les signes méningitiques s'accroissent. La constipation s'établit. Température, 39°. On constate du myosis et de la paralysie de la III^e paire. On prescrit des frictions mercurielles et 4 grammes de KI.

24 septembre. — Il se produit une escarre fessière. Les autres symptômes s'amendent. On supprime le mercure et on donne 8 grammes d'IK.

2 octobre. — La température a disparu. L'escarre fessière persiste toujours ainsi que le ptosis et le myosis.

14 octobre. — L'état cérébral s'aggrave. Le ptosis s'accroît et apparaît une paralysie faciale droite.

17 octobre. — Le délire survenu précédemment cesse. La malade peut se lever, mais tombe à droite par paralysie du côté.

Le 6 décembre et les jours suivants, l'amélioration s'accroît. La malade commence à marcher, mais il y a encore du vertige et des paralysies. Le moteur oculaire commun gauche commence à se prendre. Enfin, quoique venant bien lentement, la guérison s'effectue.

Antécédents. — Pas de stigmates de la syphilis. La malade a eu deux enfants morts en bas âge, dont un du croup. Puis elle a eu une fausse couche, et depuis a eu une fille actuellement mère et bien portante.

OBSERVATION XXXI (résumée)

DORENDORF, (*Charité Annalen*, 1901, XXVI.

G. T..., 15 ans. Sa mère eut trois avortements, dont un avant la naissance du malade : une fille meurt à trois mois, une autre à trois mois, d'entérite, deux frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — A 7 ans, une affection intestinale, puis fièvre typhoïde, rougeole.

Il est chétif dans ses premières années, depuis l'âge de 6 ans, violentes céphalées.

Il tombe malade le 30 avril 1901. Frissons, lourdeur dans les membres, maux de tête violents. Il entre à la Charité le 2 mai 1901.

Aspect chétif. Au front, aux joues, au coin des lèvres, cicatrices rappelant celles de la variole. Cicatrices en forme de rayons au coin des lèvres. Ganglions sous-maxillaires et inguinaux durs et enflammés, non douloureux.

Les tibias sont bosselés.

Le malade répond mal aux questions. Expression anxieuse, photophobie intense, intelligence intacte.

Raideur de la nuque légère. Les mouvements de la tête sont douloureux. Pas de troubles de la motilité ni de la sensibilité. Réflexes normaux.

Pupilles réagissant bien.

Abdomen plat, pas de tumeur de la rate. Pouls régulier peu fréquent en comparaison de la température élevée.

Exagération des vibrations au niveau de l'épine de l'omoplate gauche.

3 mai 1901. — Maux de tête, vertiges, photophobie, raideur de la nuque. Obnubilation. Constipation, taches rosées

sur l'abdomen. Température, 39°-39°8. Diazoréaction positive. Widal réaction 1/25-1/50.

La percussion du crâne est très douloureuse.

Examen des oreilles : à droite, rougeur du tympan dans les deux quarts supérieurs. Injection des vaisseaux.

5 mai. — Température le 4, 38°-39°8, le 5 mai, 37°2-40°. Réflexe rotulien gauche est intact, le droit, aboli.

Fond d'œil : les deux papilles sont mal limitées, les vaisseaux sont sinueux et gorgés de sang. La rougeur du tympan est moindre.

Traitement : 3 grammes d'onguent mercuriel.

6 mai. — T. M. 37°-39°6.

7 mai. — T. M. 37°6. T. V. 38°6. Amélioration, intelligence plus lucide, céphalée moindre. Le malade dort.

8 mai. — T. M. 37°2. T. V. 38°2. Disparition de la céphalée. Les mouvements ne sont plus douloureux. Réflexes normaux.

9 mai. — Réflexe rotulien gauche exagéré.

14 mai. — Pupille droite plus large que la gauche.

19 mai. — L'inégalité pupillaire persiste, diplopie. Fond d'œil presque normal, légère hyperhémie.

30 mai. — Pupilles égales, la diplopie n'apparaît que quand il fixe un objet qui force le globe oculaire droit à prendre une position d'abduction.

Céphalée de plus en plus rare.

15 juin. — Depuis cinq semaines, frictions de 3 grammes d'onguent mercuriel. Iodure à l'intérieur. Réflexes normaux. Fond d'œil normal, bon état général, le malade sort guéri.

OBSERVATION XXXII (résumée)

WIDAL et LE SOURD. Méningite aiguë. Guérison par le traitement anti-syphilitique. Liquide céphalo-rachidien riche en lymphocytes et sans virulence pour le cobaye. (*Société médicale des hôpitaux*, 27 février 1902, page 127.)

Homme de 29 ans, entre dans le service le 2 octobre 1901, pour céphalée, vomissements.

A. P. — Rougeole, blennorrhagie. Nie le chancre.

A. H. — Père mort de tuberculose, mère morte d'une péritonite. Deux frères morts en bas-âge. Une sœur tuberculeuse, une autre mariée, a eu un enfant mort-né, un autre mort de méningite. Depuis quelques semaines le malade présente quelques modifications du caractère. Il a des céphalées depuis septembre, frontales et occipitales, surtout nocturnes.

28 octobre. — Vomissements sans nausées.

9 octobre. — Abattement, vomissements, céphalée violente. Le malade est somnolent, couché en chien de fusil.

Pouls très net, lent, régulier. T. 35°6-36°2.

Constipation depuis quelques jours.

12 octobre. — T. 38°4. Pouls, 80.

14 octobre. — Douleur occipitale, Kernig. Torpeur. T. 37°8, P. 114. Constipation.

15 octobre. — Kernig, raideur de la nuque, réflexes rotuliens exagérés à droite. Piquûre d'huile grise. Amendement des symptômes.

29 octobre. — Inégalité pupillaire. Le malade est lucide.

7 novembre. — Le malade sort guéri.

Nouveau séjour en janvier, pour céphalées violentes occipitales et frontales, avec prédominance à droite, inégalité pupillaire, exagération des réflexes rotuliens, trépidation épileptoïde surtout à gauche.

Le malade est mis au traitement biioduré et guérit complètement.

Examen du liquide céphalo-rachidien :

Ponctions lombaires les 4, 10, 14 octobre et 20 février. Liquide toujours limpide.

Lymphocytose abondante.

Pas de microbes, ensemençements toujours stériles.

Inoculations au cobaye négative.

F

Pas de syphilis connue ; troubles cérébraux ne présentant pas un tableau caractéristique de méningite. Guérison par le traitement.

OBSERVATION XXXIII (résumée)

BRISSAUD et BRECY, *Société médicale des hôpitaux*, n° du 20 mars 1902.)

S... Noël, 27 ans, entre le 10 février 1902 à l'Hôtel-Dieu pour de violentes douleurs de tête.

Il était mal à l'aise depuis deux ou trois jours, quand le 5 février il eut de violentes céphalées, des vertiges, il dut s'aliter.

11 février. — Il est dans le décubitus dorsal, les yeux mi-clos. Souffre dans la région temporale gauche. Etat vertigineux. Debout, il oscille et est entraîné à droite. Démarche hésitante. Intelligence intacte.

Langue blanche et humide. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Hyperesthésie du membre inférieur gauche, raie méningitique assez persistante.

Pouls, 90. Température, 39°.

Pas de signe de syphilis héréditaire ou acquise.

A 6 ans, abcès ganglionnaire sus-claviculaire gauche. Ecoulement d'oreille jusqu'à 15 ans.

Actuellement, plus d'écoulement, audition normale.

Etat stationnaire, température entre 39 et 40°. Céphalée toujours aussi vive.

14 et 17 février. — Le malade eut deux vomissements.

11 février. — Première ponction lombaire : liquide clair avec lymphocytose.

12 février. — Deuxième ponction, écoulement goutte à goutte, liquide clair.

14 février. — Troisième ponction, qui augmente la cé-

phalée; ni microbes, ni bacille de Koch. Examen du fond d'œil : fut toujours négatif.

14 février. — Injection de 4 milligrammes de biiodure, que l'on continue pendant quinze jours. Il y a amélioration de la céphalée.

26 février. — Le malade se lève.

Actuellement, ni fièvre, ni céphalée, ni vertige, les réflexes sont normaux. Le malade sort.

Depuis (8 mars), nouvelle série de piqûres.

4 mars. — Ponction. Quelques rares lymphocytes.

OBSERVATION XXXIV (résumée)

Service du docteur Roux, de Saint-Étienne. (Observation XIII de la thèse de NINOT, page 61.)

M. D... est amené à l'hôpital sans renseignements précis. Il aurait fait quelques excès alcooliques, présenté des troubles gastriques depuis un an et des troubles nerveux depuis une quinzaine de jours.

A l'entrée, les troubles consistent surtout en obnubilation intellectuelle avec céphalée et vomissements.

A l'examen somatique on ne trouve qu'une certaine hésitation dans la marche et un peu de paresse des pupilles; les réflexes sont normaux.

Ponction lombaire : quelques lymphocytes, polynucléaires en assez grande quantité, 15 à 20 par champ d'objectif.

D'après l'examen du liquide, on pouvait penser à de la méningite cérébro-spinale, mais ce qui rendait ce diagnostic douteux, c'était l'absence de température.

L'évolution avait d'ailleurs confirmé le diagnostic de syphilis, car, au bout de deux injections de calomel les troubles intellectuels disparaissaient et après la vingt-huitième il sortait de l'hôpital, ne présentant plus aucune trouble nerveux.

G

Observations rapportées par les auteurs comme méningites syphilitiques aiguës, mais dans lesquelles les renseignements cliniques manquent complètement.

OBSERVATION XXXV

CROUZON et G. VILLARET. (*Société de biologie*, 20 juin 1908.)

Les auteurs ont noté dans un cas de méningite aiguë syphilitique que, pendant la période terminale de la maladie et après la mort, la température atteignait le même degré dans l'aisselle et le rectum. Les auteurs ne donnent aucun renseignement et insistent seulement sur ce fait que la température atteignait 42° dans l'aisselle et le rectum, indiquant une lésion bulbaire.

OBSERVATION XXXVI

SCHNEIDER et SPICK. Étude du liquide céphalo-rachidien dans un cas mortel de méningite syphilitique aiguë. (*Société de biologie*, 17 octobre 1908, page 292.)

Les auteurs ne donnent aucun renseignement clinique. Les phénomènes méningés seraient apparus au dix-septième mois de la syphilis. Il fut fait trois ponctions lombaires.

Premier jour. — Liquide clair opalescent.

Polynucléaires : 2.

Grands mononucléaires : 18.

Petits mononucléaires : 88.

Troisième jour. — Polynucléaires : 4.

Grands mononucléaires : 46.

Petits mononucléaires : 50.

Quatrième jour. — Quelques heures avant la mort.

Polynucléaires : 10.

Grands mononucléaires : 30.

Petits mononucléaires : 60.

Cellules épithéliales.

Cellules à noyaux multiples.

Cellules à noyaux bourgeonnants.

OBSERVATION XXXVII

P. DI PORTO. Contribution au diagnostic de la méningite syphilitique aiguë. (*Società Laucisiana degli ospedali di Roma*, XII, 1907, rapportée in *Revue neurologique*, 15 octobre 1908.)

Etude du liquide céphalo-rachidien dans deux cas; c'était un liquide limpide, sous faible pression; la quantité d'albumine était augmentée, il existait une lymphocytose légère; au contraire de ce qui se passe pour la méningite tuberculeuse, il n'y avait absolument pas de réticulum fibreux.

Ces particularités du liquide céphalo-rachidien jointes à l'absence de fièvre élevée chez les malades tendent à faire porter le diagnostic de méningite syphilitique.

Un des malades était plongé dans le coma; néanmoins, il guérit aussi bien que l'autre et rapidement par le traitement spécifique.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis peut produire des méningites aiguës et subaiguës cliniquement semblables aux méningites dues à d'autres agents (méningites tuberculeuses, méningites infectieuses).

II. — Elles ne sont pas aussi rares qu'on le croit généralement, et que le disent les auteurs classiques.

III. — En présence d'une méningite de cause indéterminée, il faut donc toujours penser à la syphilis, et si l'on a quelques doutes, essayer le traitement antisiphilitique.

IV. — C'est toujours une manifestation précoce de la syphilis, que celle-ci soit acquise ou héréditaire.

V. — Elle survient principalement dans les cas où la syphilis prouve par ses autres manifestations sa grande virulence ou même sa malignité. Il n'est pas rare de voir se produire simultanément la poussée méningée et une éruption cutanée plus ou moins sérieuse.

VI. — Les symptômes sont ceux que l'on voit dans toutes les méningites et la fièvre y est de règle.

La marche est assez variable. Les poussées successives sont fréquentes.

VII. — Le pronostic est assez sévère, puisque l'on a 7 morts sur 20 cas, soit une mortalité de 35 p. 100.

VIII. — La ponction lombaire montre une réaction méningée plus ou moins intense. Elle donne des renseignements intéressants, mais ne fournit pas de signes certains pour le diagnostic de la nature de la méningite. En effet, les caractères du liquide céphalo-rachidien sont variables (clair ou purulent; lymphocytose ou polynucléose) et ces mêmes caractères se retrouvent dans d'autres méningites.

IX. — Le diagnostic de la nature de la méningite est souvent possible grâce à la constatation de lésions indiquant une syphilis récente ou virulente. En leur absence, il peut être très difficile, car il n'existe pas de signes cliniques caractéristiques et, d'autre part, il n'est pas rare que le traitement ne donne aucune indication.

X. — Le traitement doit être intensif, à la fois mercuriel et ioduré. Mais il faut être prévenu que le traitement le mieux conduit reste plus ou moins inactif dans un nombre important de cas.

Vu :

Vu :

Le Président de la Thèse.

Le Doyen,

LANNOIS.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 4 février 1910.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BELÈTRE. — La ponction lombaire chez les syphilitiques. Thèse de Paris, 1901-1902.
- BENSAUDE et RIVET. — Un cas de méningite syphilitique aiguë. *Archives générales de médecine*, 1^{er} novembre 1904, p. 2766.
- BOIDIN et P. WEIL. — Méningite syphilitique secondaire aiguë précocce, préroséolique. *Presse médicale*, 19 octobre 1907.
- BONNET L.-M. — La polynucléose du liquide céphalorachidien dans la syphilis des centres nerveux. *Lyon médical*, 1907, pages 993 et suivantes.
- *Lyon médical*, 19 décembre 1909, page 1095.
- BOUCHARD et CORNIL. — Leçons de la Charité, citées par Cornil. Leçons sur la syphilis, 1879.
- BOSC. — Méningoencéphalite diffuse chez un hérédo-syphilitique. Société de biologie, 1906, page 630.
- BRIDOUX. — Des réactions méningées à liquide céphalorachidien puriforme et aseptique. Thèse de Lille, 1907-1908.
- BRISAUD et BRÉCY. — Symptômes de méningite aiguë; guérison par le traitement mercuriel. Société médicale des hôpitaux, séance du 14 mars 1902.
- CHABERT. — Contribution à l'étude des réactions méningées aiguës aseptiques. Thèse de Paris, 1908.
- CHARVET. — *Revue neurologique*, 30 décembre 1899, page 921.
- CHÉREL. — Contribution à l'étude de diverses formes de syphilis graves et de leurs causes. Thèse de Paris, 1907-1908.
- CHASSE et JOLTRAIN. — Méningite syphilitique aiguë avec guérison. Société médicale des hôpitaux, 4 mars 1908.
- CONSTANTIN. — Syphilis cérébrale précocce. *Annales de Dermatologie*, 1905.

- COURTOIS-SUFFIT et BEAUFUMÉ. — Méningite cérébrale purulente compliquée d'érysipèle de la face chez un syphilitique. Lymphocytose. *Gazette des hôpitaux*, 1904.
- DE COUX. — Essai de classification des méningites syphilitiques aiguës. Thèse de Paris, 1908.
- CROUZON et VILLARET. — Un cas de méningite syphilitique aiguë. Société de biologie, 20 juin 1908.
- DI PORTO. — Societa Lancisiana degli ospedali di Roma, décembre 1907. Contribution à l'étude du diagnostic de la méningite syphilitique aiguë.
- DEBOVE et CASTAIGNE. — Les méningites cérébrospinales; à propos d'un cas de méningite syphilitique. *Gazette hebdomadaire*, 18 septembre 1901.
- DEBIÉ. — *Presse médicale*, 20 mai 1909.
- DORENDORF. — Meningitis syphilitica mit fieber halften verlauf. *Charité annalen*, Berlin 1901, xxvi, 75-80.
- DROUET. — Méningites syphilitiques aiguës. Thèse de Paris, 1904-1905.
- DUTHEIL. — Hémiplegie précoce à la période secondaire de la syphilis. Thèse de Paris, 1908.
- FISCHLER. — Über die syphilogenen Erkrankungen der Centralen nerven System und über die Frage der « Syphilis à virus nerveux ». *Deutsch. Zeitschrift für nerven*, 1905, tome 28, page 438.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis du cerveau.
- Syphilis et mariage.
- FAIRBANKS. — Cerebral syphilis in children. *Journal of the American Association*, mars 1907.
- FINKELBURG. — Un cas d'affection disséminée des vaisseaux et des méninges du cerveau et de la moelle dans les premières périodes de la syphilis. *Zeitschrift für nerven*, avril 1901.
- GAILLARD et d'ELNITZ. — Un cas de méningite syphilitique aiguë. Société médicale des hôpitaux, 2 juin 1903.
- GACHKIEWICZ. — Syphilis du système nerveux, 1900.

- GAUCHER et MALLOIZEL. — Syphilis secondaire rebelle au mercure survenant par poussées cutanées accompagnées d'accidents méningés. *Bulletin de la Société de dermatologie*, 1907, page 83.
- GAUD. — La fièvre dans la syphilis cérébrale. Thèse de Lyon, 1902-1903.
- GAUCHER. — Syphilis du système nerveux, 1909.
- GAUTHIER Paul. — Guérison et curabilité des méningites aiguës. Thèse de Lyon, 1909.
- GILBERT-BALLET et A. BARBÉ. — Un cas de méningite syphilitique aiguë avec autopsie. *Revue de Neurologie*, 15 avril 1908.
- GUINON. — Méningite aiguë à pneumocoques chez un héréditaire de six semaines. Société médicale des hôpitaux, 14 juin 1901.
- GROS et LANCEREAUX. — Des affections nerveuses syphilitiques, 1861.
- HOFFMANN. — Zur meningitis basilaris syphilitica præcox. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1901.
- JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes, 1886.
- KRONIG. — Die Bedeutung des lumbal punctum für die exsudative syphili-meningitis. *Dermatol. Centralblatt*, IX, 1905, n° 1.
- KLIPPEL. — Traité de médecine Charcot-Bouchard.
- LAMY. — Traité de médecine. Brouardel et Gilbert.
- LANCEREAUX. — Leçons recueillies par Rémy, 1876.
- Traité historique et pratique de la syphilis.
- LAUBRY et GIROUX. — Méningite syphilitique aiguë avec guérison. Société médicale des hôpitaux, 4 mars 1908.
- LEVADITI, RAVAUT et YAMOUCHEL. — Localisation nerveuse de la syphilis et propriétés du liquide céphalo-rachidien. Société de biologie, 1908.
- MAURIAC. — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces des centres nerveux. *Annales de dermatologie*, 1876-1879.
- Leçons sur les maladies vénériennes.
- Syphilis cérébrale précoce. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1876.

- MAGNE. — Syphilis maligne précoce terminée par une méningite aiguë. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 20 octobre 1907.
- MAHOT et BARTHÉLEMY. — Méningo-encéphalite subaiguë et rétrécissement de l'intestin chez un hérédo. *Gazette médicale de Nantes*, 30 avril 1904.
- MALLOIZEL et NATHAN. — Sur un cas de syphilis cérébrale précoce. *Annales des maladies vénériennes*, 1908.
- MARIE et GUILLAN. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 14 février 1902.
- MILIAN. — Céphalée syphilitique et ponction lombaire. *Tribune médicale*, 1903.
- MILIAN et CROUZON. — La céphalée syphilitique éclairée par la ponction lombaire. Société médicale des hôpitaux de Paris, 1902.
- MOIGNET. — Traitement des méningites syphilitiques aiguës. Thèse de Paris, 1909.
- NINOT. — La ponction lombaire dans la syphilis du système nerveux. Thèse de Lyon, 1905.
- ŒTTINGER et HAMEL. — A propos de deux cas de méningites aiguës syphilitiques. *Gazette des hôpitaux*, 29 avril 1909.
- PAULY. — Syphilis cérébrale méningée à forme comateuse. *Lyon médical*, 29 mai 1898.
- PÄTZ WILLIAM. — Sur un cas de méningite basilaire syphilitique précoce. Thèse de Leipzig, 1902.
- PIC et REGAUD. — Méningite basilaire syphilitique. *Province médicale*, 1895.
- PONCET. — Méningite syphilitique. *Annales de dermatologie*, 1873.
- POROT. — Syphilis cérébrale maligne et précoce d'origine vaccinale, méningite basilaire aiguë. *Lyon médical*, novembre 1902.
- QUEYRAT et DEMANCHE. — Valeur thérapeutique de l'émétique dans le traitement de la syphilis. Société médicale des hôpitaux de Paris, 9 mars 1909.
- RAVAUT et DARRÉ. — Étude des réactions méningées dans un cas de syphilis héréditaire. *Gazette des hôpitaux*, 12 février 1907.

- RAVAUT et PONZELLE. — Contributions à l'étude clinique et bactériologique des lésions encéphalo méningées chez les nouveaux nés syphilitiques. Société médicale des hôpitaux de Paris, 12 janvier 1905.
- Recherche sur la présence du tréponème pallida dans le système nerveux de l'homme, au cours de la syphilis héréditaire ou acquise. Société médicale des hôpitaux de Paris, 1907.
- RAVAUT. — *Annales de dermatologie*, 1902, 1904, 1907.
- ROQUE et CHALIER. — Valeur diagnostique de l'examen du liquide céphalo-rachidien. *Lyon médical*, 1908.
- SESARY. — Processus histologique de la réaction méningée de la syphilis secondaire. Société de biologie, 10 avril 1908.
- SCHNEIDER et SPICK. — Etude du liquide céphalo-rachidien dans un cas de méningite syphilitique aigu mortel. Société de biologie, 17 octobre 1908, page 292.
- SICARD et ROUSSY. — Un cas de méningite syphilitique suivi d'autopsie. *Archives de neurologie*, juin 1904.
- STOEBER. — Les accidents méningés de la syphilis héréditaire. Thèse de Paris, 1890-1891.
- SUCHY. — Un cas de méningite syphilitique aiguë précoce. *Wien. medizin. Wochenschrift*, n° 21, 1905.
- THIBIERGE et RAVAUT. — Société médicale des hôpitaux de Paris, décembre 1902.
- TEISSIER et ROUX. — Diagnostic entre la syphilis artérielle méningée et gommeuse. *Archives de neurologie*, vol. V, janvier et février 1898.
- VIDAL DE CASSIS. — Traité des maladies vénériennes, 2^e édition, 1855.
- WIDAL et E. BRISSAUD. — Epanchement aseptique puriforme des méninges avec polynucléaires intacts. Société médicale des hôpitaux de Paris, 1909.
- WIDAL et LE SOURD. — Méningite aiguë. Guérison par le traitement antisiphilitique. Société médicale des hôpitaux de Paris, 27 février 1902.
- WIDAL, LEMIERRE et BODIN. — Liquide céphalorachidien puriforme au cours de la syphilis des centres nerveux, intégrité des polynucléaires. Société médicale des hôpitaux de Paris, 28 juin 1905.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	3
HISTORIQUE ET BIBLIOGRAPHIE.....	7
ÉTIOLOGIE.....	26
SYMPTOMATOLOGIE.....	43
A. <i>Période prodromique</i>	43
B. <i>Période d'état</i> ,	48
Étude analytique,	49
Étude synthétique,	61
MARCHE.....	64
PRONOSTIC.	69
LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN.....	75
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	93
DIAGNOSTIC.....	102
TRAITEMENT.....	141
OBSERVATIONS.....	120
CONCLUSIONS.....	211
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	213
